

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SELF EFFICACY* DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI PUSKESMAS OEBOBO
KOTA KUPANG**



OLEH

MARIA VIOLETA ODILIA BUDE

NIM : 15.1111.072

PRODI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS CITRA BANGSA

KUPANG

2020

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SELF EFFICACY* DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI PUSKESMAS OEBOBO
KOTA KUPANG**

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa Kupang**



OLEH
MARIA VIOLETA ODILIA BUDE
NIM : 15.1111.072

**PRODI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Maria Violeta Odilia Bude
NIM : 151111072
Program studi : S1 Keperawatan
Alamat Rumah : Jln. Manafe, Kel. Kayu Putih Kec Oebobo Kota Kupang
No Telpn : 081338880714

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (*Plagiarism*) dari hasil karya orang lain. Skripsi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Citra bangsa, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Di dalam Skripsi ini tidak dapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain. Kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dan disebutkan nama pengarang serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak-benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undang yang berlaku.

Kupang, 15 Januari 2020
Yang membuat pernyataan



MARIA VIOLETA ODILIA BUDE
151111072

LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Skripsi
Program Studi Ners Tahap Akademik Universitas Citra Bangsa
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) tanggal, 12 Maret 2020

Mengetahui
Universitas Citra Bangsa

Wakil Rektor Bidang Akademik,



Prof. Dr. Frans Salesman, SE., M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui

Pada Tanggal, 05 Februari 2020

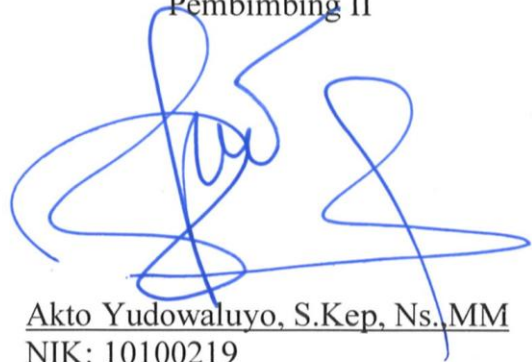
Menyetujui,

Pembimbing I



Erna Febriyanti, S.Kep, Ns., MAN
NIDN: 0822028605

Pembimbing II



Akto Yudowaluyo, S.Kep, Ns., MM
NIK: 10100219

Mengetahui

Ketua Program Studi Ners



Ns. Balbina A. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN: 0813068403

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah diuji

Pada Tanggal, 12 Maret 2020

Panitia Penguji,

Ketua : Ns. Balbina A. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J

Anggota : 1. Erna Febriyanti, S.Kep, Ns., MAN

: 2. Akto Yudowaluyo, S.Kep, Ns., MM

Ditetapkan dengan surat keputusan Rektor Universitas Citra Bangsa

Nomor : C.069/SKADMIN/UCB/VIII/2019

Tanggal : 09 Agustus 2019

MOTTO

**JAWABAN SEBUAH
KEBERHASILAN ADALAH
TERUS BELAJAR DAN TAK
KENAL PUTUS ASA**

Tellyn Bude

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

Tuhan Yesus dan Bunda Maria atas rahmat dan penyertaan yang diberikan kepada peneliti dalam menjalani pendidikan,

Orang tua saya yang selalu setia mendukung dan mendoakan saya selama menjalani pendidikan dari awal hingga akhir

Almamater tercinta Universitas Citra Bangsa
Kupang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada kepada Allah Tritunggal Maha Kudus dan Bunda Maria, karena atas berkat, rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Universitas Citra Bangsa Kupang.

Saya menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan skripsi ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini ijin saya untuk mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Erna Febriyanti, S.Kep., Ns., MAN selaku pembimbing I dan Bapak Akto Yudowaluyo, S.Kep.,Ns., MM selaku pembimbing II yang telah bersedia dan dengan sabar serta penuh kasih membimbing bahkan memotivasi penulis hingga terselesainya penyusunan skripsi ini dan tak lupa juga Ibu Sakti Oktaria Batubara, S.Kep.,Ns., M.Kep yang sudah sempat membimbing saat proposal. Penulis juga berterima kasih kepada Ibu Balbina Antonelda M. Wawo., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J selaku Ketua Prodi Ners Universita Citra Bangsa Kupang sekaligus selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi perbaikan skripsi ini. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Dr. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa Kupang yang telah memberikan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan.
- 2) Kepada semua Dosen Prodi dan Staf Prodi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Citra Bangsa, Ibu Angela Muryati Gatum, S. Kep, Ns selaku selaku wali kelas yang telah memberi semangat, dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.
- 3) Kepala Puskesmas Oebobo Kota Kupang yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.
- 4) Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

- 5) Kepada responden yang telah bersedia meluangkan waktu kepada saya untuk pengambilan data.
- 6) Orang-orang tercinta yang telah berjasa dalam hidupku, terutama: kedua orang tuaku yang terhebat, yang selalu ada dengan doa-doanya dan untuk cintanya dan untuk segalanya, kakak, adik dan semua keluarga yang tidak pernah berhenti memberi dukungan dan doa agar saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
- 7) Sahabat, teman dan teman spesial yang selalu setia memberikan dukungan dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan selalu memberkati dan membalas budi baik kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, tetapi penulis berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Kupang, Februari 2020

Penulis

ABSTRAK

Bude, Maria Violeta Odilia. 2020. **Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang**. Program studi Ners Universitas Citra Bangsa Kupang. Erna Febriyanti, S.Kep., MAN. Akto Yudowaluyo, S.Kep, Ns., MM.

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit degeneratif dan dapat menjadi ancaman serius serta menyebabkan kondisi kronik yang membahayakan apabila tidak diobati. Ketika penderita diabetes melitus mengalami komplikasi akan memberikan efek buruk terhadap kualitas hidup. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah *self efficacy*. Kurangnya keyakinan dari dalam diri (*self efficacy*) terhadap penyakit dan kesehatan mengakibatkan masyarakat tidak berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian korelasional dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*, menggunakan total sampling dengan jumlah sampel 59 responden dan dianalisis menggunakan uji spearman rank.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *self efficacy* pasien berada pada kategori baik (49,2%) dan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang berada pada kategori tinggi (52,5%). Berdasarkan hasil uji spearman rank diperoleh hasil $p\text{ value}=0,000$ dimana $p<\alpha$ ($\alpha=0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus di Puskesmas Oebobo Kota Kupang dan memiliki hubungan positif kuat ($r=0,913$).

Pasien DM tipe 2 diharapkan memiliki niat dan kesadaran yang baik tentang terapi DM serta meningkatkan *self efficacy* yang baik agar lebih taat terhadap pengobatan yang dijalankan melalui perubahan gaya hidup teratur dan melakukan pengontrolan yang baik sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup.

Kata kunci: Kualitas hidup, *Self efficacy*, Diabetes Melitus Tipe 2

ABSTRACT

Bude, Maria Violeta Odilia. 2020. **Relationship Of Self Efficacy With Quality Of Life for second type Diabetes Mellitus patient In Puskesmas Oebobo Kupang**. Nursing Study program of Citra Bangsa University. Erna Febriyanti, S.Kep., MAN. Akto Yudowaluyo, S.Kep, Ns., MM.

Diabetes mellitus is a degenerative disease and can pose a serious threat and cause serious chronic condition when not treated. When diabetes mellitus experiences complication will have a serve effect on quality of life. One factor that affects the quality of life is self efficacy. Lack of self-efficacy towards to health and illness can results in incompatibility of community behavior with values of health .

This research aimed to determine the relationship between self efficacy with quality of life for 2nd type diabetes mellitus patient in Puskesmas Oebobo, Kota Kupang. Design of this research used was a correlation study with a cross-sectional design and total sampling method used a total sample with 59 respondents and analyzed using the spearmen rank test.

The result showed that the patient's self efficacy was in good category (42,9%) and the quality of life for 2nd type diabetes mellitus patient in Puskesmas Oebobo, Kota Kupang was in high category (52,5%). Based on the Spearmen rank test results, it was obtained $p\text{ value}=0,000$ where $p<\alpha$ ($\alpha = 0.05$) wich indicated that there was a significant relationship between self-efficacy with quality of life for 2nd type diabetes mellitus patient in Puskesmas Oebobo, Kota Kupang.

Second type diabetes mellitus patient is advised to remain confident and optimistic in the future life and to maintain good self-efficacy to be more obedient to the treatment carried out in a regular lifestyle and would make good so as to maintain and improve quality of life.

Keywords : Quality of Life, Self-Efficacy, Second Type Diabetes Mellitus

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DEPAN DAN PRASYARAT GELAR.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERSETUJUAN.....	v
PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Keaslian Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus	8
2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus	8
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus	8

2.1.3	Etiologi Diabetes Melitus.....	9
2.1.4	Patofisiologi Diabetes Melitus	10
2.1.5	Manifestasi Klinik Diabetes Melitus.....	13
2.1.6	Penatalaksanaan Diabetes Melitus	14
2.1.7	Komplikasi Diabetes Melitus.....	18
2.2	Konsep Teori Kualitas Hidup	20
2.2.1	Pengertian Kualitas Hidup	20
2.2.2	Dimensi Kualitas Hidup.....	21
2.2.3	Aspek-aspek Kualitas Hidup.....	22
2.2.4	Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	24
2.2.5	Pengukuran Kualitas Hidup	24
2.3	Konsep <i>Self Efficacy</i>	25
2.3.1	Pengertian <i>Self Efficacy</i>	25
2.3.2	Sumber <i>Self Efficacy</i>	26
2.3.3	Proses Pembentukan <i>Self Efficacy</i>	27
2.3.4	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan <i>Self Efficacy</i>	28
2.3.5	Indikator <i>Self Efficacy</i>	29
2.3.6	Pengukuran <i>Self Efficacy</i>	30
2.4	Kerangka Konseptual.....	31
2.5	Hipotesis Penelitian	32
BAB 3 METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian dan Jenis Penelitian.....	33
3.2	Kerangka Kerja	33
3.3	Identifikasi Variabel.....	35
3.3.1	Variabel Bebas	35
3.3.2	Variabel Dependen.....	35
3.4	Definisi Operasional	35
3.5	Populasi, Sampel dan Sampling.....	37
3.5.1	Populasi	37
3.5.2	Sampel.....	37
3.5.3	Sampling	37
3.6	Pengumpulan Data dan Analisis Data.....	38

3.6.1 Pengumpulan Data	38
3.6.2 Analisis Data	40
3.7 Etika Peneitian.....	42
3.7.1 Surat Persetujuan.....	42
3.7.2 Tanpa Nama	43
3.7.3 Kerahasiaan	43
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	44
4.1.1 Karakteristik Lokasi Penelitian	44
4.1.2 Data Umum	44
4.1.3 Data Khusus	47
4.2 Pembahasan.....	48
4.2.1 Self Efficacy Pasien DM tipe 2	48
4.2.2 Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2.....	52
4.2.3 Hubungan <i>Self Efficacy</i> Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2	55
4.2.4 Hambatan Penelitian	57
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN.....	67

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
1.1	Tabel Keaslian Penelitian	6
3.1	Definisi Operasional.....	36
4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	45
4.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	45
4.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	45
4.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan.....	46
4.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Penyakit	46
4.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta	47
4.7	Karakteristik Responden Berdasarkan <i>Self Efficacy</i> Pasien DM Tipe 2.....	47
4.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2...	48
4.9	Hubungan <i>Self Efficacy</i> Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2	48

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Kerangka Konseptual	31
3.1	Kerangka Kerja	34

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
Lampiran 1	Surat Permohonan Ijin Pra Penelitian.....	67
Lampiran 2	Surat ijin Pengambilan Data Pra Penelitian DINKES	68
Lampiran 3	Surat ijin Pengambilan Data Penelitian	69
Lampiran 4	Surat ijin Pengambilan Data Penelitian DINKES	70
Lampiran 5	Surat Keterangan Selesai Penelitian Puskesmas Oebobo.....	71
Lampiran 6	Permohonan Menjadi Responden penelitian	72
Lampiran 7	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	73
Lampiran 8	Lembar Kuesioner Penelitian	74
Lampiran 9	Uji Statistik	79
Lampiran 10	Dokumentasi Penelitian.....	82
Lampiran 11	Lembar Konsultasi.....	83

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pola hidup masyarakat yang konsumtif merupakan salah satu penyebab terjadinya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif merupakan penyakit yang tidak menular. Salah satu contoh dari penyakit degeneratif yaitu diabetes melitus (Misnadiarly, 2006). Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang terjadi karena pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup atau saat tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan (*World Health Organization*, 2015).

Diabetes melitus dapat menjadi ancaman serius dan menyebabkan kondisi kronik yang membahayakan apabila tidak diobati. Akibat dari tingginya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemi) dapat terjadi komplikasi metabolik akut seperti ketoasidosis diabetik dan keadaan hiperglikemi dalam jangka waktu yang lama berkontribusi terhadap komplikasi kronik pada kardiovaskuler, ginjal, penyakit mata dan komplikasi neuropatik (Tandra, 2008). Ketika penderita diabetes melitus mengalami komplikasi akan memberikan efek terhadap kualitas hidup (Yusra, 2011).

Berdasarkan data *International Diabetes Federatio* (IDF) tahun 2015, terdapat 415 juta penduduk menderita diabetes melitus dan diperkirakan tahun 2040 jumlah insiden diabetes melitus akan mengalami peningkatan sebesar 642 juta pada rentang usia 20-79 tahun. *International Diabetes Federatio* (IDF) tahun 2015 juga menjelaskan Indonesia termasuk dalam sepuluh negara dengan jumlah kasus DM terbanyak di dunia. Indonesia berada di peringkat ketujuh dengan angka kejadian sebesar 10,0 juta. Menurut WHO (2016) untuk kasus DM tipe 2 mencapai 90% sampai 95% dari total populasi. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) diperoleh bahwa kecenderungan prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan wawancara tahun 2013 adalah 2,1%, lebih tinggi dibanding tahun 2007 (1,1%) dan provinsi Nusa Tenggara Timur menunjukkan kenaikan prevalensi DM yang cukup berarti dengan pevelensi 1,2% menjadi 3,3%. Data kasus

DM berdasarkan rekapitulasi data Dinas Kesehatan Kota Kupang tahun 2018 terdapat 3.951 penderita DM. Data hasil rekapitulasi DINKES Kota Kupang tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian DM di kota Kupang sendiri masih tinggi.

Berdasarkan rekapitulasi penyakit DM pada wilayah kerja puskesmas se-Kota Kupang bulan Januari-Desember 2018 didapatkan penyakit DM tertinggi di 5 puskesmas yakni Puskesmas Pasir Panjang, Puskesmas Bakunase, Puskesmas Oebobo, Puskesmas Oesapa dan Puskesmas Alak. Di Puskesmas Oebobo tahun 2017 prevalensi kasus diabetes melitus tipe 2 mencapai 906 (23%) total kunjungan dan tahun 2018 terdapat total kunjungan mencapai 526 dengan presentasi 13%. (Puskesmas Oebobo Kota Kupang, 2019). Sedangkan data kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas se-Kota Kupang dari hasil penelitian Teli (2017) didapatkan nilai kualitas hidup pasien DM tipe 2 berkisar antara 33- 91,25. Data menunjukkan bahwa kualitas pasien hidup pasien DM bervariasi yaitu kualitas hidup pasien yang kurang dari 80 sebanyak 75,4 % dan sebanyak 24,6 % dengan kualitas hidup lebih dari 80. Semakin tinggi nilai yang dicapai maka semakin berkualitas hidup pasien DM.

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 21 Februari 2019 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang, pada tahun 2019 terhitung sejak bulan Januari sampai Maret didapatkan total penderita DM tipe 2 sebanyak 59 pasien. Dari jumlah yang ada, 5 pasien diwawancarai dan 3 dari 5 pasien mengatakan sering melanggar diit, jarang berolahraga, tidak teratur dalam minum obat dan jarang melakukan pengontrolan kadar gula darah. Seringkali penderita DM merasa sudah atur makanan dengan baik, tapi tidak sembuh. Ini bisa berdampak dalam pengelolaan makanan, banyak makanan yang dilanggar serta kurangnya aktifitas fisik sehingga mengakibatkan kadar glukosa dalam darah tidak turun atau normal. Dengan adanya penderita yang melanggar diit, jarang berolahraga, tidak teratur dalam minum obat serta jarang melakukan pengontrolan kadar gula darah, membuktikan bahwa penderita masih belum mengorganisir *self efficacy* dengan baik.

DM yang banyak terjadi di masyarakat adalah DM Tipe 2. DM Tipe 2 secara klinis tidak mendesak memerlukan insulin untuk melestarikan kehidupannya. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya retensi insulin dan ada beberapa faktor resiko diantaranya usia, obesitas dan riwayat keluarga (Padila, 2012). Bila kadar gula darah tidak diatasi secara tepat maka akan terjadi peningkatan kadar gula dalam darah dan berdampak timbulnya komplikasi antara lain komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler serta neuropati (Tandra, 2008). Untuk mengurangi terjadinya komplikasi tersebut pasien perlu memiliki kesadaran diri dalam menangani penyakitnya.

Berdasarkan teori menurut Notoadmodjo (2007) mengatakan bahwa *self efficacy* mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kepatuhan. *Self efficacy* sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. *Self efficacy* menentukan pada diri individu untuk merasa, berfikir, memotivasi dirinya, dan berperilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Bandura dalam Lange, et al., 2012). *Self efficacy* bagi penderita DM dapat digunakan untuk memprediksi niat untuk berubah dan memutuskan intervensi, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup. Peningkatan *self efficacy* dapat meningkatkan kepatuhan terhadap regimen pengobatan yang direkomendasikan dalam penyakit kronis DM (Darcoli, 2007).

Kualitas hidup pada penderita diabetes melitus merupakan tujuan utama perawatan, sebisa mungkin kualitas hidup yang baik harus dipertahankan pada penderita diabetes karena kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik, baik secara langsung melalui stres hormonal ataupun secara tidak langsung melalui komplikasi (Mandagi, 2010). Pentingnya meningkatkan kualitas hidup pasien DM karena penurunan kualitas hidup mempunyai hubungan yang signifikan terhadap angka kesakitan dan kematian, serta mempengaruhi usia harapan hidup pasien diabetes melitus (Yusra, 2011)

Penanganan diabetes mellitus bukan merupakan penanganan yang biasa tetapi merupakan penanganan yang sangat kompleks, berkelanjutan dan terprogram secara teratur. Pengontrolan yang baik dan teratur melalui perubahan gaya hidup teratur, tepat dan permanen serta *self efficacy* yang baik untuk lebih taat terhadap pengobatan yang dijalankan dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes (Utami *et al*, 2014).

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka penulis merumuskan masalah penelitian: “Bagaimanakah hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pada pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi *self efficacy* pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.
- 1.3.2.2 Mengidentifikasi kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang
- 1.3.2.3 Menganalisis hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat mendukung pengembangan ilmu dan pembuktian teori tentang *self efficacy* pada kualitas hidup pasien DM Tipe 2.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi pada institusi serta menambah sumber kepustakaan dan sebagai bahan masukan bagi peneliti lainnya yang ingin melakukan penelitian selanjutnya.

1.4.2.2 Bagi Lokasi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi kepada tenaga kesehatan di puskesmas Oebobo Kota Kupang dalam meningkatkan mutu layanan pada pasien DM tipe 2 sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan kinerja kerja.

1.4.2.3 Bagi Peneliti

Melalui penelitian ini peneliti memahami proses penelitian tentang hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

NO.	Nama Peneliti	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1.	Lina Ema Purwanti (2014)	Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Melakukan Perawatan Kaki Di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara	Penelitian ini menggunakan desain analitik dengan pendekatan cross-sectional . Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner yakni 55 orang yang diambil teknik random sampling. Data analisis menggunakan uji chi square.	Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dan efikasi diri yang ditunjukkan dengan nilai $p\text{-value}=0,039<0,05$.	Penelitian ini tentang hubungan motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Melakukan Perawatan Kaki. Dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara dan menggunakan desain analitik dengan pendekatan cross-sectional.	Variabel efikasi diri, penelitian pada pasien DM tipe 2, dan desain yang digunakan sama yaitu pendekatan cross-sectional.
2.	Hilda Rahmi Ningsih, Bayhakki dan Rismadefi Woferst (2018)	Hubungan Antara <i>Self Efficacy</i> terhadap Kepatuhan Diit pada Penderita DM	Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan cross-sectional dengan jumlah sampel 40 orang menggunakan uji chi square.	Hasil analisis menunjukkan hubungan <i>self efficacy</i> terhadap kepatuhan diit pada penderita DM menunjukkan hasil bahwa ada hubungan <i>self-efficacy</i> terhadap kepatuhan diit pada penderita DM yang ditunjukkan dengan	Penelitian ini tentang Hubungan Antara <i>Self Efficacy</i> terhadap Kepatuhan Diit pada Penderita DM dan dilakukan di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru	Variabel independen sama yakni <i>Self efficacy</i> dan pendekatan <i>cross-sectional</i> .

				nilai <i>p-value</i> =0,000<0,05		
3.	Ervy Tamara, Bayhakki dan Fathra Annis Nauli (2014)	Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.	Jenis penelitian ini adalah <i>descriptif correlation</i> dengan rancangan <i>cross sectional</i> populasi dan sample sebanyak 21 orang teknik pengambilan sample menggunakan <i>concecutive sampling</i> .	Hasil analisa data uji chci square menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 yang ditunjukan dengan nilai <i>p-value</i> =0,030<0,05.	Penelitian ini tentang Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus dan dilakuakn di RSUD. Am Paarikesit Kalimantan Timur	Variabel kualitas hidup dan pendekatan cross-sectional dan dilakukan pada pasien DM tipe 2
4.	Nur Sa'adah (2016)	Hubungan Keyakinan Kemampuan Diri (<i>Self-Efficacy</i>) Terhadap Perilaku Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> , menggunakan total sampling dengan jumlah sebanyak 48 responden. Instrumen penelitian yaitu <i>Foot Care Confidence Scale</i> dan <i>Nottingham Assessment of Functional Foot Care</i> versi bahasa Indonesia yang telah dimodifikasi. Analisa data menggunakan <i>Spearman Rho</i> .	uji <i>spearman rho life</i> menunjukkan Terdapat hubungan antara efikasi diri dengan perilaku perawatan kaki pada pasien DM (<i>p</i> =0,003; <i>r</i> =0,421).	Penelitian ini dilakukan di puskesmas Gamping 1 Yogyakarta.	Variabel independen <i>Self efficacy</i> dan desain penelitian dengan pendekatan cross-sectional dan menggunakan uj <i>spearman rho</i> .

2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus

Menurut WHO, Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme kronik dimana secara absolut atau relatif kekurangan insulin yang dapat menyebabkan gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak (Fitriana, 2016: 12). Diabetes melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketiadaan absolute insulin atau penurunan relative insensivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009: 263).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

American diabetes association atau *world health organization* (2010) mengklasifikasi 4 macam penyakit diabetes melitus, yaitu:

- 1) Diabetes Melitus Tipe 1 (Diabetes Melitus Tergantung Insulin / Insulin Dependent Diabetes Mellitus / IDDM).

Diabetes mellitus tipe 1 atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM), penderitanya sekitar 5%-10% dari seluruh penderita diabetes melitus dan umumnya terjadi pada usia muda (95% pada usia di bawah 25 tahun). Diabetes melitus tipe 1 ditandai dengan terjadinya kerusakan sel beta pada pankreas yang disebabkan oleh proses autoimun, akibatnya terjadi defisiensi insulin dari luar (eksogen) untuk mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal.

- 2) Diabetes Melitus Tipe 2 (Diabetes Melitus Tidak Bergantung Pada Insulin/*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* / NIDDM).

Diabetes melitus tipe 2 juga disebut dengan Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) atau *adult onset diabetes*. Jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 merupakan kelompok terbesar, hampir mencapai 90-95% dari seluruh kasus diabetes melitus, terjadi pada usia dewasa yaitu usia pertengahan kehidupan dan peningkatannya lebih pada laki-laki dibandingkan wanita.

3) Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah salah satu diabetes yang terjadi pada ibu hamil. WHO (2013) mendefinisikan DM gestasional sebagai derajat apapun intoleransi glukosa dengan onset atau pengakuan pertama selama kehamilan. Pada kehamilan terjadi peningkatan produksi-produksi hormon antagonis insulin, antara lain: progesterone, estrogen, human placenta lactogen, dan kortisol. Peningkatan hormon tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan glukosa darah.

4) Diabetes mellitus tipe lain

Diabetes mellitus yang diakibatkan karena defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit ekson pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, penyebab imunologi yang jarang dan *sindrom genetic* lain yang berkaitan dengan diabetes mellitus.

2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus

Menurut Riyadi (2008: 73-75) faktor penyebab dari diabetes melitus adalah:

1) Kelainan genetik

Diabetes mellitus disebabkan oleh faktor genetik keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes mellitus akan ikut dikonfirmasi pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

2) Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

3) Gaya hidup stres

Hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar adrenal yaitu adrenalin dan kortikosteroid. Adrenalin akan memacu kenaikan kebutuhan gula darah, dan kortikosteroid akan menurunkan kembali. Adrenalin yang dipacu terus-menerus akan mengakibatkan insulin kesulitan mengatur kadar gula darah yang ideal dan kadar gula darah yang meningkat.

4) Pola makan yang salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama meningkatkan risiko diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

5) Infeksi

Masuknya bakteri atau virus ke dalam pankreas akan berakibat rusaknya sel-sel pankreas, kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas.

6) Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel pancreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus

Menurut Wijaya (2013), menguraikan patofisiologi penyakit diabetes mellitus sebagai berikut; Sebagian besar gambaran patologik dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin karena berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 1200 gr/dl. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolesterol pada dinding pembuluh darah akibat berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180 mg/100 ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuria disertai kehilangan sodium, klorida,

potassium, dan fosfat. Adanya poliuria menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urin maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagia. Akibat yang lain adalah asthenia atau kekurangan energi sehingga pasien dapat cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan terjadinya aterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya ganggren. Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa yang normal, atau toleransi glukosa sesudah makan karbohidrat, jika hiperglikemianya parah dan melebihi ambang ginjal, maka timbul glikosuria (Price 2006 dalam Wijaya 2013: 5).

Menurut Brunner & Suddart 2005, patofisiologi diabetes melitus adalah sebagai berikut:

1) Diabetes tipe 1

Pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsi).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami

peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelemahan dan kelelahan. Proses ini terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasididosis diabetik dapat menyebabkan tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, napas berbau aseton dan bila tidak ditangani menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

2) Diabetes tipe 2

Pada diabetes tipe 2 terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai terikatnya insulin dengan reseptor dengan insulin tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan diabetes tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Penyakit diabetes membuat gangguan atau komplikasi melalui kerusakan pembuluh darah di seluruh tubuh disebut *angiopati diabetic* (makrovaskuler) atau disebut makroangiopati, dan kerusakan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati (Wijaya, 2013: 6).

2.1.5 Manifestasi Klinik Diabetes Melitus

Beberapa keluhan dan gejala yang perlu diperhatikan menurut Wijaya, 2013:7) adalah:

1) Keluhan klasik

a) Banyak kencing (poliuri)

Karena sifatnya, kadar gula darah yang tinggi akan banyak kencing. Kencing yang sering dan dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada waktu malam hari.

b) Banyak minum (polidipsi)

Rasa haus amat sangar dialami penderita karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalahtafsirkan. Dikiranya sebab rasa haus ialah udara yang panas atau beban kerja yang berat. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita banyak minum.

c) Banyak makan (polifagia)

Rasa lapar yang semakin besra sering timbul pada penderita diabetes militus karena pasien mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar. Untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan.

d) Penurunan berat badan dan rasa lemah

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Rasa lemah yang hebat menyebabkan penurunan prestasi dan penurunan dalam lapangan olahraga juga mencolok. Hal ini disebabkan glukosa dalam darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lainnya yaitu sel lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

2) Keluhan lainnya

a) Gangguan saraf tepi/ kesemutan

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan terutama pada kaki saat malam hari, sehingga mengganggu tidur.

b) Gangguan penglihatan

Pada fase awal diabetes sering dijumpai gangguan penglihatan yang mendorong penderita untuk mengganti kacamatanya berulang kali agar tetap dapat melihat dengan baik.

c) Gatal/bisul

Kelainan kulit berupa gatal biasanya terjadi di daerah kemaluan dan daerah lipatan kulit seperti ketiak dan bawah payudara. Sering pula dikeluhkan timbul bisul dan luka yang lama sembuhnya. Luka ini dapat timbul karena akibat hal yang sepele seperti luka lecet karena sepatu atau tertusuk paku.

d) Gangguan ereksi

Gangguan ereksi ini menjadi masalah tersembunyi karena sering tidak secara terus terang dikemukakan penderitanya. Hal ini terkait dengan budaya masyarakat hal masih merasa tabu membicarakan masalah seks, apalagi menyangkut kemampuan atau kejantanan seseorang.

e) Keputihan

Pada wanita, keputihan atau gatal-gatal merupakan keluhan yang sering ditemukan kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala yang dirasakan.

2.1.6 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Komponen dalam penatalaksanaan diabetes melitus yaitu:

1) Diet

Perencanaan makan merupakan salah satu pilar pengelolaan diabetes. Perencanaan makan yang dimaksud adalah penyediaan makan dengan kandungan karbohidrat, gula, tepung dan serat dengan porsi penyajian tertentu. Jumlah kalori makan yang berasal dari karbohidrat lebih penting dari pada sumber atau macam karbohidratnya. Pada keadaan glukosa terkendali masih diperbolehkan untuk mengkonsumsi sukrosa sampai 5% kebutuhan kalori (Fitriana, 2016: 159). Rencana diet pada pasien dengan diabetes melitus dimaksudkan untuk mengatur jumlah kalori dan karbohidrat yang dikonsumsi setiap hari. Jumlah yang disarankan bervariasi, menurunkan dan meningkatkan berat tubuh.

Perhimpunan diabetes Amerika dan persatuan diabetik Amerika merekomendasikan = 50-60% kalori yang berasal dari karbohidrat 60-70%, Protein 12-20%, Lemak 20-30% (Wijaya, 2013: 9).

2) Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari yaitu melakukan segala pekerjaan dan latihan jasmani teratur dengan durasi kurang lebih 30 menit selama 3-4 kali seminggu. Latihan jasmani dapat menurunkan BB dan memperbaiki sensitifitas terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dimaksud ialah jalan kaki, bersepeda santai, *jogging*, berenang dan lain-lain (Fitriana, 2016: 162)

3) Pemantuan kadar gula darah

Jika seseorang memiliki diabetes dengan tipe apapun, itu berarti seseorang tersebut memiliki terlalu banyak glukosa. Terlalu banyak glukosa dalam darah akan menyebabkan masalah yang serius, yaitu dengan meningkatnya penyakit diabetes menjadi kronis. Oleh karena itu perlu dilakukan pengontrolan gula darah. Hal ini yang pertama kali perlu dilakukan oleh penderita penyakit diabetes mellitus sebelum melakukan upaya pengobatan baik secara medis kimia maupun secara media holistik dengan herbal pilihan (Fitriana, 2016: 121). Pengontrolan gula darah juga dilakukan untuk menentukan intervensi-intervensi selanjutnya.

4) Terapi insulin dan obat hipoglikemik oral

Diabetes tipe I membutuhkan terapi insulin. Berbagai jenis insulin dengan sumber dan kejernihan yang berbeda-beda tersedia. Saat ini, insulin banyak digunakan karena efek samping dan komplikasi yang lebih sedikit. Preparat insulin juga berbeda-beda waktu awitan kerja, waktu puncak kerja, dan lama kerja. Injeksi insulin biasanya diberikan subkutan 1-4 kali sehari setelah kadar glukosa darah basal diukur (Corwin, 2009). Pengobatan untuk pengidap diabetes tipe II biasanya perbaikan sensitivitas dan sekresi insulin melalui diet, penurunan berat badan, dan olahraga namun diperlukan juga penambahan obat hipoglikemik oral atau insulin.

Berdasarkan cara kerjanya, obat hipoglikemik oral dibagi menjadi 4 golongan:

a) Pemicu sekresi insulin

(1) Golongan Sulfonilurea

Cara kerja obat golongan ini hingga saat ini tetap harus diteliti, tetapi pada umumnya dikatakan adalah meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Yang dimaksud obat golongan ini antara lain:

(a) Khlorpropamid

Diekskresikan melalui ginjal sehingga tidak dipakai pada gangguan faal ginjal, diberikan sebagai dosis tunggal, tidak dianjurkan untuk pasien geriatrik.

(b) Glibenklamid

Mempunyai efek hipoglikemik poten, sehingga pasien perlu diingatkan untuk melakukan jadwal makanan yang ketat.

(c) Gliklasid

Mempunyai efek hipoglikemik yang sedang sehingga tidak begitu sering mengakibatkan hipoglikemia.

(d) Glikuidon

Mempunyai efek hipoglikemia yang sedang dan juga jarang mengakibatkan hipoglikemia. Karena hampir seutuhnya diekskresikan melalui empedu dan usus.

(2) Glinid

Glinid merupakan obat generasi baru yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea yang meningkatkan sekresi insulin fase pertama.

b) Penambahan sensitivitas terhadap insulin

(1) Biguanid

Biguanid tidak merangsang sekresi insulin dan terutama bekerja dihati dengan mengurangi hepatic *glucose output* dan menurunkan kadar glukosa darah sampai normal serta tidak menyebabkan hipoglikemik.

(2) Thiazolidion

Obat golongan ini memperbaiki sensitifitas terhadap insulin dengan memperbaiki transpor glukosa ke dalam glukosa.

(3) Penghambat alfa glukosidase / Acarbose

Merupakan suatu enzim alfa glikosidase yang terletak pada dinding usus halus. Enzim ini berfungsi untuk hidrolisis oligosakarida, trisakarida dan disakarida pada dinding usus halus. Acarbose juga menghambat alfa-amilase pancreas yang berfungsi melakukan hidrolisa tepung-tepung kompleks didalam lumen usus halus.

(4) Golongan inkretin

(a) Inkretin mimetic

Salah satu obat golongan ini dalam bentuk suntikan yang terbukti cukup efektif menurunkan glukosa darah dengan cara merangsang sekresi insulin dan menghambat sekresi glucagon.

(b) Penghambat DPP IV

Obat ini akan meningkatkan sekresi insulin yang dirangsang glukosa, mengurangi sekresi glucagon dan memperlambat pengosongan lambung (Suyono, 2009: 123).

5) Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus, yang kemajuannya harus terus diamati terutama oleh mereka yang memberikannya. Tujuan pendidikan kesehatan untuk penyandang diabetes pertama-tama adalah meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan tersebut akan menjadi titik tolak perubahan sikap dan gaya hidup mereka. Pada akhirnya yang menjadi tujuan pendidikan adalah perubahan perilaku penyandang diabetes dan meningkatkan kepatuhan yang selanjutnya akan meningkatkan kualitas hidup (Suyono, dkk. 2009: 138)

2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut Wijaya (2013), komplikasi terdiri dari komplikasi metabolik atau komplikasi akut dan komplikasi kronis.

1) Komplikasi Akut

a) Ketoasidosis diabetik

Ketoasidosis diabetik adalah keadaan dekompensasi kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias, terutama diakibatkan oleh defisiensi insulin absolut atau insulin relatif.

b) Hipoglikemi

Hipoglikemi adalah penurunan kadar glukosa dalam darah. Biasanya disebabkan peningkatan kadar insulin yang kurang tepat atau asupan karbohidrat kurang.

c) Hiperglikemia hiperosmolar non ketotik

Adalah suatu dekompensasi metabolik pada pasien diabetes melitus tanpa disertai adanya ketosis. Gejalanya pada dehidrasi berat, tanpa hiperglikemia berat dan gangguan neurologis.

d) Efek *simogyi*

Merupakan komplikasi akut yang ditandai penurunan unik kadar glukosa darah di malam hari, kemudian di pagi hari kadar glukosa kembali meningkat diikuti peningkatan *rebound* pada paginya. Penyebab hipoglikemia malam hari kemungkinan besar berkaitan dengan penyuntikan insulin di sore harinya. Hipoglikemia itu sendiri kemudian menyebabkan peningkatan glukagon, katekolamin, kortisol, dan hormon pertumbuhan. Hormon ini menstimulasi glukoneogenesis sehingga pada pagi harinya terjadi hiperglikemia. Pengobatan untuk efek *simogyi* ditujukan untuk memanipulasi penyuntikan insulin sore hari sedemikian rupa sehingga tidak menyebabkan hipoglikemia. Intervensi diet juga mengurangi efek *somogyi*. Efek *somogyi* juga banyak dijumpai pada anak-anak (Corwin, 2009: 634).

e) Fenomena fajar (*down phenomenon*)

Merupakan hiperglikemia yang terjadi di pagi hari (antara jam 5 dan jam 9 pagi) yang tampaknya disebabkan oleh peningkatan sirkadian

kadar glukosa di pagi hari. Fenomena ini dapat dijumpai pada pengidap penyakit diabetes melitus tipe I atau II. Hormon-hormon yang memperlihatkan variasi sirkadia pada pagi hari adalah kortisol dan hormon pertumbuhan, dimana keduanya merangsang glukogeneogenesis. Pada pengidap diabetes tipe II juga dapat terjadi penurunan sensitivitas terhadap insulin juga terjadi pada pagi hari, baik sebagai variasi sirkadia normal maupun sebagai respon terhadap hormon pertumbuhan atau kortisol (Corwin, 2009: 634).

2) Komplikasi Kronis

a) Mikroagopati

- (1) Retinopati diabetikum disebabkan karena kerusakan pembuluh darah retina. Faktor penyebab terjadinya retinopati diabetikum: lamanya menderita diabetes, umur penderita, kontrol gula darah, faktor sistemik (hipertensi, kehamilan).
- (2) Nefropati diabetikum yang ditandai dengan ditemukannya kadar protein yang tinggi dalam urin yang disebabkan adanya kerusakan pada glomerulus. Nefropati diabetikum merupakan faktor resiko dari gagal ginjal kronis.
- (3) Neuropati diabetikum biasanya ditandai dengan hilangnya refleks. Selain itu juga bisa terjadi poliradikulopati diabetikum yang merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan gangguan pada suatu atau lebih akar saraf dan dapat disertai dengan kelemahan motorik, biasanya dalam waktu 6 sampai 12 bulan.

b) Makroagiopati

- (1) Penyakit jantung koroner diawali dari berbagai bentuk dislipidemia, hiperiglisidemia dan penurunan kadar HDL. Pada diabetes melitus sendiri tidak meningkatkan kadar LDL, namun sedikit kadar LDL pada diabetes mellitus tipe II sangat bersifat atherogeni karena mudah mengalami glikalisasi dan oksidasi (Corwin, 2009).

(2) Kaki diabetik

Terdapat 4 faktor utama yang berperan pada kejadian kaki diabetes melitus: kelainan yang terjadi pada vaskuler: angiopati, contoh; aterosklerosis; kelainan saraf: neuropati otonom atau periferi; infeksi dan perubahan biomekanika kaki.

(3) Kerusakan ginjal

Diabetes mellitus kronis yang menyebabkan kerusakan ginjal sering dijumpai, dan nefropati diabetik adalah penyebab nomor satu gagal ginjal di Amerika Serikat dan negara-negara barat lainnya. Diginjal yang paling parah mengalami kerusakan adalah kapiler glomerulus akibat hipertensi dan glukosa plasma yang tinggi menyebabkan penebalan membran basal dan pelebaran glomerulus. Lesi-lesi sklerotik nodular, yang disebut nodul kimmelstiel Wilson, terbentuk di glomerulus sehingga semakin menghambat aliran darah dan akibatnya merusak nefron (Corwin, 2009: 636).

(4) Gangguan penglihatan

Komplikasi jangka panjang diabetes yang sering dijumpai adalah gangguan penglihatan. Ancaman paling serius terhadap penglihatan adalah retinopati atau kerusakan pada retina karena tidak mendapatkan oksigen (Corwin, 2009: 636).

2.2 Konsep Teori Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Adam, 2006).

Kualitas hidup merupakan suatu kesejahteraan yang dirasakan oleh seseorang dan berasal dari kepuasan atau ketidakpuasan dengan bidang kehidupan yang penting bagi mereka. Persepsi subyektif tentang kepuasan terhadap berbagai aspek kehidupan dianggap sebagai penentu utama dalam

penilaian kualitas hidup, karena kepuasan merupakan pengalaman kognitif yang menggambarkan penilaian terhadap kondisi kehidupan yang stabil dalam jangka waktu lama (Ferrans dan Powers, dalam Septiwi, 2011).

Menurut WHO kualitas hidup adalah persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Suhud dalam Lase (2011), menjelaskan bahwa kualitas hidup adalah penyakit yang diderita oleh seseorang, namun tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup tidak terkait dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya. Untuk dapat mencapai kualitas hidup perlu perubahan secara fundamental atas cara pandang pasien terhadap penyakit kronik yang dideritanya.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi mengenai dirinya sendiri yang dilihat dari aspek fisik, sosial, psikologis, dan lingkungan untuk mencapai kesejahteraan dalam hidupnya.

2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) tahun 1998 merumuskan empat dimensi untuk mengetahui kualitas hidup individu yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan.

1) Dimensi kesehatan fisik.

Hal-hal yang terkait di dalamnya meliputi aktifitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan-bahan medis atau pertolongan medis, tenaga dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan konsentrasi.

2) Dimensi psikologis.

Hal-hal ini terkait dengan *body image* dan penampilan, perasaan-perasaan negatif dan positif, *self-esteem*, spiritualitas/kepercayaan personal, pikiran, belajar, memori dan konsentrasi.

3) Dimensi sosial

Meliputi hubungan personal, hubungan sosial, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Dukungan sosial yang diterima seseorang dalam lingkungannya, baik berupa dorongan semangat, perhatian, penghargaan, bantuan maupun kasih sayang membuatnya akan memiliki pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya.

4) Dimensi lingkungan

Berhubungan dengan sumber-sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru, berpartisipasi, dan kesempatan untuk rekreasi atau memiliki waktu luang, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim), serta transportasi.

2.2.3 Aspek-aspek Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL-BREF (Power dalam Suto, 2017), kualitas hidup memiliki empat aspek yaitu:

1) Aspek kesehatan fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ketahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

2) Aspek psikologis

Aspek psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada kemampuan individu untuk menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai

dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *body image* dan *appesrance*, perasaan positif, perasaan negative, *self esteem*, spiritual atau keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

3) Aspek hubungan sosial

Aspek hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi seutuhnya. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas sosial.

4) Aspek lingkungan

Aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, serta sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, kemanan dan keselamatan fisilk, perawatan kesehatan dan *sosial care* termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, keadaan air, iklim serta transportasi.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Rubin dan Peyrot (1999), terdapat 3 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu :

1) Demografi.

Kualitas hidup individu dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi, seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, status ekonomi dan status pernikahan.

2) Medis.

Kualitas hidup merupakan faktor penting untuk menggambarkan kehidupan individu dengan penyakit yang dideritanya. Kualitas hidup penderita dipengaruhi oleh beberapa faktor medis, seperti tipe penyakit, lama menderita, pengobatan yang harus dijalani, dan komplikasi yang menyertai.

3) Psikososial.

Faktor psikososial lebih mengungkap sisi psikososial yang dialami penderita terkait penyakit yang dideritanya. Terdapat emosi negatif yang dialami akan selalu menyertai kehidupan penderita seperti rasa marah, sedih, kecewa, perasaan tidak berdaya dalam mengungkap penderitaannya. Terdapat beberapa aspek yang termasuk dalam faktor psikososial antara lain efikasi diri, kontrol diri, dukungan sosial, strategi coping, dan tipe kepribadian.

2.2.5 Pengukuran Kualitas Hidup

Beberapa instrumen pengukuran kualitas hidup, yaitu:

a. Instrumen *The World Health Organization Quality of Life-Brief*

WHOQOL-brief adalah sebuah instrumen yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya untuk mengembangkan penilaian kualitas hidup berdasarkan konsep WHOQOL-100 yang telah digunakan oleh berbagai negara. WHOQOL-Brief terdapat empat domain yang diukur yaitu kesehatan fisik, psikologi, sosial dan lingkungan (WHO dan Bush dalam Ningtyas, 2013).

b. Instrumen *Quality of Life for Youth*

Instrumen kualitas hidup bagi usia dini dan remaja (*Quality of Life for Youth*) menyediakan kesempatan untuk meningkatkan komunikasi antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan serta memberikan kesempatan untuk meningkatkan kualitas hidup pada anak-anak atau usia muda (Hoey et al dalam Ningtyas, 2013).

c. Instrumen *Diabetes Quality of Life*

Pengukuran DQOL (*Diabetes Quality of Life*) menggunakan skala yang dikembangkan oleh (Munoz dan Thiagrajan dalam Dzusturia, 2016) dan dimodifikasi oleh peneliti Indonesia yaitu Tyas (2008) dengan sub item yaitu kepuasan dampak, kekhawatiran terhadap DM, kekhawatiran terhadap sosial dan pekerjaannya. Uji validitasnya oleh Yusra (2011) menunjukkan nilai validitasnya adalah $r = 0,428-0,851$ dan nilai reabilitas dengan *Cronbach Alfa* sebesar 0,963.

2.3 Konsep *Self Efficacy*

2.3.1 Pengertian *Self Efficacy*

Bandura dalam Ratnawati (2016) mendefenisikan *self efficacy* sebagai keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. *self efficacy* pada dasarnya adalah hasil proses kognitif berupa keputusan, keyakinan, atau penghargaan tentang sejauh mana individu memperkirakan kemampuannya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Self efficacy merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengelola penyakit kronis secara mandiri, karena menentukan seseorang untuk memulai atau tidak dalam melakukan perawatan (Nyunt, et al., 2010). Tinggi rendahnya *self efficacy* seseorang akan menentukan kemampuan seseorang untuk merasakan sesuatu, berpikir, bermotivasi dan berperilaku sesuai (Paun, 2016: 113).

2.3.2 Sumber *Self Efficacy*

Sumber *self efficacy* menurut Bandura dalam (Fauzi, 2018: 11) dibagi menjadi empat, yaitu :

- 1) *Mastery Experience /One's Previous Performance* (pengalaman keberhasilan dan pencapaian prestasi)

Keberhasilan seseorang dalam melakukan sesuatu akan memotivasi orang tersebut untuk melakukan hal itu kembali ataupun untuk hal yang baru yang sejenis dengan pengalaman yang dia miliki. Namun, ada poin yang perlu diperhatikan dalam pengalaman ini untuk menumbuhkan *self efficacy* seseorang. Tingkat kesulitan dan frekuensi latihan atau praktik yang berbeda akan memengaruhi seberapa kuat *self efficacy* yang dibangun.

- 2) *Vicarious experience* (pengalaman orang lain)

Faktor kedua yang memengaruhi tumbuhnya *self efficacy* pada seseorang adalah pengamatan terhadap keberhasilan ataupun kegagalan orang lain yang memiliki permasalahan yang sama. Pengamatan dan penilaian terhadap diri sendiri menjadi poin penting dalam faktor ini. Ketika kita mengamati seseorang yang berhasil melakukan perubahan perilaku terkait kesehatan ataupun maupun pengobatannya, kita akan termotivasi untuk melakukan hal yang serupa. Begitu juga sebaliknya. Ketika kegagalan dialami oleh teman pasien dengan permasalahan pengobatan yang sama atau mirip, orang tersebut akan bersikap pesimistis akan keberhasilan terapi yang dia jalankan. Sehingga, kepatuhan dalam pengobatan pun akan menurun.

- 3) *Social persuasions* (persuasi verbal)

Dukungan secara verbal baik dari keluarga maupun dari lingkungan sosial akan menumbuhkan keyakinan dalam diri seseorang untuk melakukan suatu perilaku dan meningkatkan *self efficacy*.

- 4) *Somatic and emotional states* (keadaan psikologis)

Adanya kemungkinan berhasil atau gagal dalam tindakan seseorang akan menimbulkan keadaan emosi yang berbeda. Keberhasilan akan menimbulkan tumbuhnya emosi positif seperti rasa percaya diri dan sikap

optimis untuk melakukan hal yang sama secara berulang. Namun, ketika kemungkinan kegagalan lebih besar, emosi negatif seperti stres, kecemasan, khawatir, dan rasa takut akan menurunkan *self efficacy* seseorang yang mengakibatkan penurunan kemampuan diri atau ketidakmampuan dalam melakukan sesuatu dan perubahan perilaku (Fauzi, 2018: 11).

2.3.3 Proses Pembentukan *Self Efficacy*

Menurut Bandura dalam Manuntung (2018: 63) menyebutkan bahwa *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu :

1) Proses kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan memperkuat *self efficacy* seseorang.

2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang dinginkannya. Kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan terhadap *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen. Seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

3) Proses afektif

Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi efektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang dengan *self efficacy* yang rendah cenderung memperbesar risiko, seseorang dengan *self efficacy* dapat menurunkan tingkat stres dan

kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol diri yang lebih baik dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional, dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.3.4 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Self Efficacy

Berikut faktor-faktor yang berhubungan dengan *self efficacy* pada pasien diabetes melitus :

1) Usia

Menurut Potter & Perry (2008), pada usia 40-65 tahun disebut juga sebagai tahap keberhasilan, yaitu waktu yang berpengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pada usia tersebut pasien memiliki *self efficacy* yang baik.

2) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien diabetes melitus untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri serta dalam mengontrol gula darah. Pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi dilaporkan memiliki *self efficacy* dan perilaku perawatan diri yang baik (Wu, et al dalam Ariani, 2011).

3) Sifat dan tugas yang dihadapi

Derajat kompleksitas dari kesulitan tugas yang dihadapi akan mempengaruhi penilaian individu terhadap kemampuan dirinya sendiri , semakin kompleks suatu tugas yang dihadapi maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

4) Intensif eksternal (*reward*) yang diterima individu dari orang lain

Semakin besar intensif atau *reward* yang diperoleh seseorang dalam menyelesaikan tugas, maka semakin tinggi derajat efikasi dirinya. Hal ini diperkuat oleh pernyataan Bandura (1996) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah *competent cecontinget incentive*, yaitu mereflesikan keberhasilan seseorang dalam menguasai atau melaksanakan tugas tertentu.

5) Informasi tentang kemampuan diri

Informasi yang disampaikan oleh orang lain secara langsung bahwa seseorang mempunyai kemampuan tinggi, dapat menambah keyakinan diri seseorang sehingga mereka akan mengerjakan suatu tugas dengan sebaik mungkin. Namun apabila seseorang mendapat informasi kemampuannya rendah maka akan menurunkan *self efficacy* sehingga kinerja yang ditampilkan rendah (Manuntung, 2018: 60).

6) Lama Menderita

Menurut Albikawi dan Abuadas (2015), orang yang menderita DM lebih lama sesudah beradaptasi terhadap perawatan diabetes melitus dibandingkan dengan orang yang lama mengidap penyakit diabetes melitus lebih pendek. Hal ini sesuai dengan Diani (2013), bahwa pasien dengan diabetes melitus lebih lama memiliki pengalaman dan dapat memperelajari hal-hal yang baik untuk penyakitnya.

2.3.5 Indikator *Self Efficacy*

Indikator dari *self efficacy* menurut Bandura dalam Fattah (2017:88), yaitu :

1) *Magnitude* (tingkat kesulitan tugas)

Aspek ini berkaitan dengan tingkat kesulitan individu. Individu akan berupaya melakukan tugas tertentu yang dipersepsikan dapat dilaksanakannya dan akan menghindari situasi dan perilaku yang dipersepsikan di luar batas kemampuannya.

2) *Strength* (kekuatan)

Aspek ini berkaitan dengan tingkat kekuatan atau kemantapan seseorang terhadap keyakinannya. Tingkat efikasi diri yang lebih rendah

mudah digoyahkan oleh pengalaman yang memperlemahnya, sedangkan seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan tekun dan meningkatkan usahanya meskipun dijumpai pengalaman yang memperlemahnya.

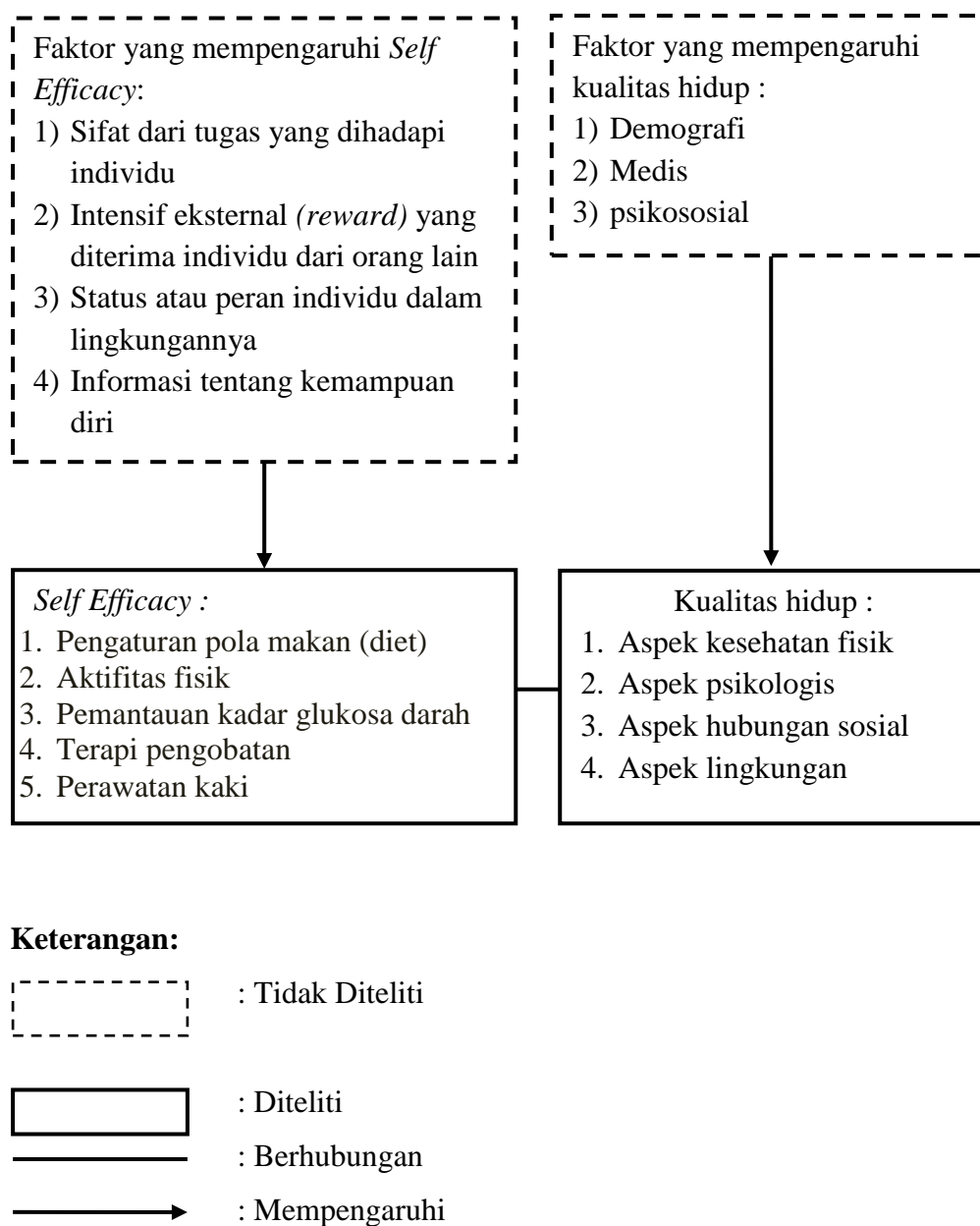
3) *Generality* (generalitas)

Aspek ini berkaitan luas pada bidang tugas atau tingkah laku. Keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya tergantung pada pemahaman kemampuan dirinya, baik yang terbatas pada suatu aktifitas dan situasi tertentu maupun pada serangkaian aktivitas dan situasi yang lebih luas atau bervariasi.

2.3.6 Pengukuran *Self Efficacy*

Penelitian menggunakan Diabetes Management *Self-Efficacy Scale* (DMSES) UK dari penelitian Sturt, Hearnshaw, & Wakelin dalam Ratnawati (2016) sebagai instrumen untuk mengidentifikasi tingkat efikasi diri pada pasien DM tipe 2. Instrumen ini terdiri dari 15 butir pertanyaan untuk menilai sejauh mana responden yakin bahwa mereka dapat mengelola kadar glukosa darah, perawatan kaki, obat, diet, dan tingkat aktivitas fisik. Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert. Penelitian Sturt, Hearnshaw, & Wakelin dalam Ratnawati (2016) memiliki nilai r 0,34-0,71 dengan koefisien $\alpha = 0,89$.

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Hubungan Self Efficacy dengan Kualitas Hidup pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2016).

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

H¹ : Ada hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

BAB 3

METODE PENELITIAN

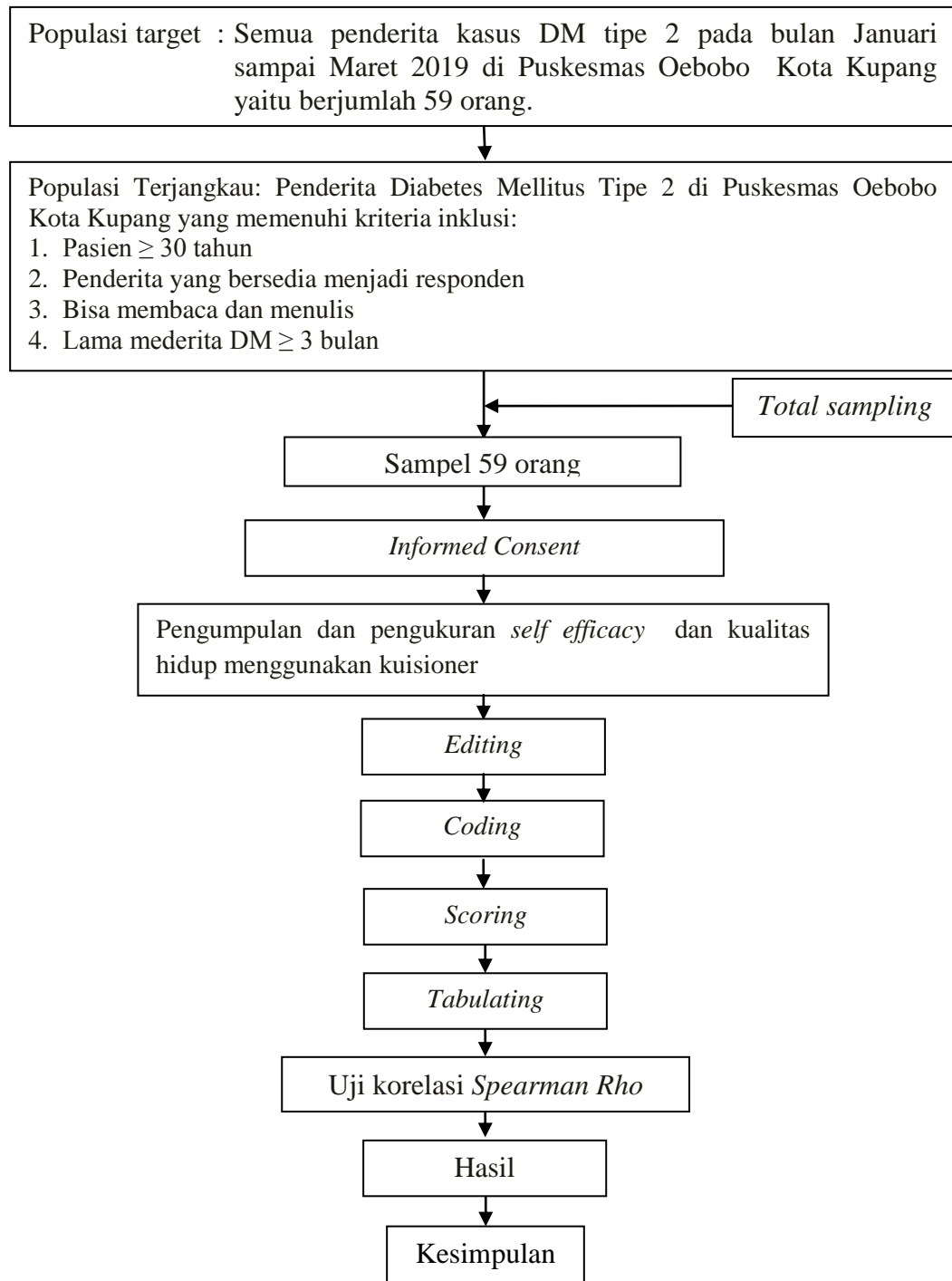
3.1 Desain dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2013: 127).

Desain penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah menggunakan penelitian kuantitatif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Rancangan penelitian *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Menurut (Azwar, 2010) penelitian kuantitatif korelasional bertujuan untuk menyelidiki sejauh mana variasi pada suatu variabel berkaitan dengan variasi pada satu atau lebih variabel lain, berdasarkan taraf hubungan yang terjadi. Dari penelitian ini dapat memperoleh informasi mengenai taraf hubungan yang terjadi. Pada penelitian ini variabel independen yaitu *self efficacy* dan variabel dependen kualitas hidup. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2016: 163).

3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang dilakukan dalam bentuk penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian, mulai dari desain hingga analisis data (Hidayat, 2012).



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang

3.3 Identifikasi Variabel

3.3.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel independen atau bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2016: 177). Variabel independen atau bebas pada penelitian ini adalah *self efficacy*.

3.3.2 Variabel Dependen/Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2016: 178). Variabel dependen/terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel penelitian dimaksudkan untuk memahami arti setiap variabel penelitian sebelum dilakukan analisis (Sujarweni, 2014: 87). Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Oprasional Hubungan Antara *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup

Variabel	Definisi oprasional	Parameter	Instrumen/alat ukur	Skala	Skor
Variabel independen: <i>Self Efficacy</i>	Keyakinan akan kemampuan diri pasien dalam menjalankan program terapi Diabetes Melitus tipe 2 di puskesmas Oebobo Kota Kupang.	1. Pengaturan pola makan (diet) 2. Aktifitas fisik 3. Pemantauan kadar glukosa darah 4. Terapi pengobatan 5. Perawatan kaki	Kuisisioner	Ordinal	1. Sangat Tidak Mampu= 1 2. Tidak Mampu = 2 3. Kurang Mampu= 3 4. Mampu = 4 5. Sangat mampu = 5 Kategori : Baik: 73%-100% Cukup: 34%-72% Kurang : < 33%
Variabel dependen: Kualitas Hidup	Persepsi dalam diri pasien diabetes terhadap kehidupannya berkaitan dengan kesejahteraan hidup secara keseluruhan yang mencakup fisik, psikologis, sosial maupun hubungan dengan lingkungan pada pasien DM tipe 2 di puskesmas Oebobo Kota Kupang.	1. Aspek kesehatan fisik 2. Aspek psikologis 3. Aspek hubungan sosial 4. Aspek lingkungan	Kuisisioner	Ordinal	Penilaian skor: Komponen kepuasan bersifat positif : Tidak puas = 1 Kurang puas = 2 Puas = 3 Sangat puas = 4 Pertanyaan yang bersifat positif pada dampak : Tidak pernah = 4 Jarang = 4 Sering = 2 Selalu = 1 Sedangkan untuk pertanyaan yang bersifat negatif adalah: Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Kategori : Rendah : <60% Sedang : 60-90% Tinggi : \geq 90%

3.5 Populasi, Sampel dan Sampling

3.5.1 Populasi

Populasi adalah subyek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016; 167). Populasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

3.5.1.1 Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah semua penderita kasus baru diabetes melitus tipe 2 pada bulan Januari sampai Maret 2019 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang yaitu berjumlah 59 orang

3.5.1.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2016: 167). Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah semua penderita kasus baru diabetes melitus tipe 2 pada bulan Januari sampai Maret 2019 yaitu berjumlah 59 orang yang memenuhi kriteria inklusi :

- 1) Pasien ≥ 30 tahun
- 2) Bersedia menjadi responden
- 3) Bisa membaca dan menulis
- 4) Lama menderita DM ≥ 3 bulan.

3.5.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian dari karakteristik yang dimiliki populasi (Hidayat, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien diabetes melitus di puskesmas Oebobo yang berjumlah 59 orang.

3.5.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2016: 173). Pada penelitian ini pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling* yaitu dimana semua populasi dijadikan sampel (Setiadi, 2013).

3.6 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013: 191).

3.6.1.1 Proses pengumpulan data

Setelah mendapat ijin dari rektor Universitas Citra Bangsa Kupang, ditunjukkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, kemudian tembusan untuk Kepala Puskesmas Oebobo. Kemudian peneliti mengadakan pendekatan pada calon responden dengan memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian sehingga responden paham dan bersedia menjadi subjek penelitian, kemudian peneliti memberi *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan dari responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden peneliti memberikan kuisioner kepada responden sekaligus menjelaskan petunjuk pengisian kuisioner.

Data mengenai *self efficacy* dan kualitas hiduppasien diabetes mellitus tipe 2 dibuat dalam bentuk kuisioner, berupa daftar pertanyaan yang kemudian diberi jawaban oleh responden pada saat itu juga hingga selesai dan data tersebut disajikan sebagai data penelitian.

3.6.1.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur variabel yang diteliti (Wahyuni, 2009). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2010: 152).

Kuesioner *self efficacy* diukur menggunakan kuesioner *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DSMES) dari Sturt, Hearnshaw, & Wakelin dalam Ratnawati (2016) memiliki nilai r 0,34-0,71 dengan koefisien $\alpha = 0,89$. Instrumen ini terdiri dari 15 butir pertanyaan untuk menilai sejauh mana responden yakin bahwa mereka

dapat mengelola kadar glukosa darah, perawatan kaki, obat, diet, dan tingkat aktivitas fisik. Komponen diet tertuang dalam nomor 4,7,8,10,11,12 dan 13. Sedangkan komponen aktivitas fisik tertuang dalam nomor 9, monitoring glukosa darah tertuang dalam nomor 1,2, dan 3, terapi pengobatan tertuang dalam nomor 14 dan 15 serta perawatan kaki tertuang dalam nomor 5 dan 6. Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert.

Pengukuran kualitas hidup menggunakan skala pengukuran DQOL (*Diabetes Quality of Life*) untuk mengukur kualitas hidup pada pasien diabetes yang dikembangkan oleh Munoz & Thiagarajan (1998) dan dimodifikasi oleh Tyas (2008) dan diuji validitas serta reliabilitas oleh Yusra (2011) pada penelitiannya yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Hasil uji validitas kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL) diperoleh nilai r table 0,361 dan nilai reliabilitasnya dengan Cronbach Alfa sebesar 0,963. Rentang validitasnya adalah r 0,428-0,851. Instrument ini terdiri dari 30 pertanyaan yang mencakup tentang kepuasan dan dampak dari penyakit meliputi kemampuan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Komponen kepuasan tertuang dalam nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, dan 13 sedangkan komponen dampak dari penyakit yang bersifat positif (*favourable*) tertuang dalam nomor 19 dan 24. Dan yang bersifat negatif (*unfavourable*) tertuang dalam nomor 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23. Sedangkan komponen kekhawatiran terhadap DM yang bersifat negatif (*unfavourable*) tertuang dalam nomor 25, 28, 29, dan 30. Dan komponen kekhawatiran yang bersifat negatif (*unfavourable*) terhadap pekerjaan tertuang dalam nomor 26 dan 27 (Yusra dalam Dzusturia, 2016).

3.6.1.3 Tempat dan Waktu Penelitian

1. Waktu

Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 21 Oktober 2019 sampai 12 November 2019.

2. Tempat

Penelitian dilakukan di Puskesmas Oebobo, Jln.Palapa, Oebobo, Kecamatan Oebobo Kota Kupang.

3.6.2 Analisa Data

3.6.2.1 *Editing*

Adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Nototmodjo, 2012: 176)

3.6.2.2 *Coding*

Merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori sesuai nomor urut responden. Pemberian kode ini sangat penting bila pengelolaan data dan analisis data menggunakan computer. Biasanya dalam pemberian kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali untuk melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variable (Notoatmodjo, 2012: 177)

3.6.2.3 *Scoring*

Menentukan skor/nilai untuk tiap-tiap item pertanyaan, tetukan nilai terendah dan tertinggi. Untuk variabel *self efficacy* menggunakan

$$\text{rumus skor: } \% = \frac{n}{N} \times 100$$

Keterangan:

% = scoring

n = jumlah nilai yang diperoleh

N = jumlah seluruh nilai

K = konstanta (100)

Setelah diperoleh persentasinya (%) variabel *self efficacy* akan dikategorikan sesuai dengan kategori sebagai berikut:

Baik = 76%-100%

Cukup = 56%-75%

Kurang = < 55% (Ratnawati, 2016)

Sedangkan untuk variabel kualitas hidup pasien, menurut Azwar (2010) pengkategorian dapat dilakukan dengan melihat nilai mean dan

standar deviasi dari variabel. Penilaian kualitas hidup terdiri dari 30 item pertanyaan yang mempunyai nilai minimal 30 dan nilai 120 dengan rentang jarak 90, sehingga nilai mean (μ) $150/2=75$ dan nilai standar defiasi (σ) $90/6= 15$ maka, cara pengkategorianya yaitu :

Rendah $X < (\mu - 1,0 \sigma)$

Sedang $(\mu - 1,0 \sigma \leq X, (\mu + 1,0 \sigma)$

Tinggi $(\mu + 1,0 \sigma) \leq X$

Keterangan :

μ : $\frac{1}{2} \times (\text{skor minimum} + \text{nilai maksimum}) \sum \text{kategori}$

σ : $1/6 (\text{nilai maksimum} - \text{nilai minimum})$

Nilai mean (μ) $150/2=75$ dan nilai standar defiasi $90/6= 15$, maka diketahui pengkategorian nilai kualitas hidup adalah :

Rendah <60

Sedang $61-89$

Tinggi ≥ 90

3.6.2.4 *Tabulating*

Tabulating merupakan kegiatan penyusunan data dengan mengklasifikasi ke dalam bentuk tabel, sehingga akan mempermudah dalam menganalisa data.

3.6.2.5 Analisa data

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah Uji *Korelasi Spearman Rank (Rho)*. Uji ini digunakan untuk mengukur tingkat atau eratnya hubungan antara variabel yang berskala ordinal.

Besarnya koefisien korelasi berkisar antara +1 s/d -1. Koefisien korelasi menunjukkan kekuatan kekuatan (*strength*) hubungan linear dan arah hubungan dua variabel acak. Jika koefisien korelasi positif, maka kedua variabel mempunyai hubungan searah. Sebaliknya, jika koefisien korelasi negatif, maka kedua variabel mempunyai hubungan terbalik. Kriteria untuk memudahkan melakukan interpretasi mengenai hubungan antara dua variabel (Sarwono dalam Hatmanti, 2017):

1) 0 : Tidak ada korelasi antara dua variabel

2) $>0 - 0,25$: Korelasi sangat lemah

- 3) $>0,25 - 0,5$: Korelasi cukup kuat
- 4) $>0,5 - 0,75$: Korelasi Kuat
- 5) $>0,75 - 0,99$: Korelasi sangat kuat
- 6) 1 : Korelasi sempurna

Dalam penelitian ini menguji hipotesis dengan menentukan hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe

2. Dengan cara sebagai berikut:

1. Membuat hipotesis
2. Membuat table penolong untuk menghitung rangking
3. Menentukan $r_s = 1 - \frac{6\sum d_2}{n(n^2-1)}$

Keterangan :

r_s = nilai korelasi Spearman Rank

d_2 = selisih setiap pasangan Rank

n = jumlah pasangan Rank untuk spearman ($5 < n < 30$)

4. Menentukan nilai r_{stabel} Spearman
5. Menentukan Z hitung dengan rumus:

$$Z_{hitung} = \frac{r_s}{1/\sqrt{n-1}}$$

6. Membuat kesimpulan.

Apabila Z hitung $>$ Z tabel, maka H_1 ditolak artinya ada perbedaan yang signifikan. Apabila Z hitung $<$ Z tabel, maka H_1 diterima artinya tidak ada perbedaan yang signifikan.

Taraf signifikan 5% harga Z tabel : $Z_{0,475}$: 1,96.

3.7 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2009) Etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan antara lain:

3.7.1 Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembaran persetujuan. Sebelum dilakukan *informed consent*, peneliti menjelaskan maksud dan

tujuan penelitian. Setelah dijelaskan dan responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta responden bersedia menjadi responden penelitian maka peneliti memberikan lembaran *informed consent* untuk ditandatangani. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati dan tidak memaksa (Nursalam, 2013).

3.7.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan identitas subjek pada lembar pengumpulan data atau kuesioner yang diisi oleh subjek. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu (Hidayat, 2010).

3.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian (Setiadi, 2007).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang yang dilaksanakan pada tanggal 21 Oktober 2019 sampai 12 November 2019. Data diperoleh melalui kuesioner *self efficacy* dan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

4.1.1 Karakteristik Lokasi Penelitian

Puskesmas Oebobo terletak di Jalan Palapa di wilayah Kecamatan Oebobo, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur, tepatnya di kelurahan Oebobo dengan luas wilayah kerja 4,845 km². Wilayah kerja Puskesmas Oebobo terdiri dari 3 Kelurahan yaitu Oebobo, Oetete dan Fatululi.

Adapun batas wilayah kerja Puskesmas Oebobo, yaitu sebelah utara Kelurahan Fatululi dengan Kelurahan Nefonaek, sebelah selatan Kelurahan Kuanino dengan Kelurahan Naikoten II ,sebelah barat Kelurahan Oetete, sebelah timur Kelurahan Oebufu.

Puskesmas Oebobo merupakan puskesmas rawat jalan dan memiliki 1 Puskesmas pembantu yakni Puskesmas Pembantu Fatululi. Puskesmas Oebobo memiliki beberapa poliklinik diantaranya yaitu poliklinik umum, poliklinik gigi, poliklinik KIA, poliklinik KB, poliklinik Gizi, poli Sanitasi, Apotik dan 2 laboratorium. Sedangkan sarana kesehatan lainnya adalah milik swasta yang semuanya berada pada wilayah kerja Puskesmas Oebobo. Sarana penunjang berupa kendaraan roda empat kendaraan roda dua, komputer, mikroskop. Tenaga kesehatan yang terdapat di Puskesmas Oebobo yaitu dokter umum berjumlah 3 orang, dokter gigi 1 orang, perawat 10 orang, apoteker 3 orang, ahli gizi 3 orang, sanitarian 2 orang, dan analis 2 orang.

4.1.2 Data Umum

Di bawah ini akan disajikan tabel tentang karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, lama penyakit DM tipe 2, penyakit penyerta.

4.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n= 59).

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-laki	24	40,7
Perempuan	35	59,3
Jumlah	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu 35 orang (59,3%) dan paling sedikit berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 24 orang (40,7%).

4.1.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

Umur	Frekuensi	Presentase (%)
26-35 Tahun	4	6,8
36-45 Tahun	15	25,4
46-55 Tahun	17	28,8
56-65 Tahun	16	27,1
> 65 Tahun	7	11,9
Jumlah	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden berusia 46-55 tahun yang berjumlah 17 orang (28,8%), dan paling sedikit responden yang berusia 26-35 orang yang berjumlah 4 orang (6,8%).

4.1.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Presentase (%)
SD	8	13,6
SMP	16	27,1
SMA	27	45,8
Perguruan Tinggi	8	13,6
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden dengan pendidikan terakhir SMA yang berjumlah 27 orang (45,8%) dan paling sedikit responden dengan pendidikan terakhir SD dan perguruan tinggi yang berjumlah 8 orang (13,6%).

4.1.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang (n = 59).

Status Pekerjaan	Frekuensi	Presentase (%)
PNS	11	18,6
Wiraswasta	24	40,7
Petani	5	8,5
IRT	19	32,2
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden dengan status pekerjaan swasta yang berjumlah 24 orang (40,7%) dan paling sedikit responden dengan status pekerjaan petani yang berjumlah 5 orang (8,5%).

4.1.2.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Penyakit

Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Penyakit Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

Lama menderita	Frekuensi	Presentase (%)
< 1 tahun	12	20,3
1-5 tahun	27	45,8
>5 tahun	20	33,9
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden dengan *lama* penyakit 1 sampai 5 tahun berjumlah 27 orang (45,8%), dan paling sedikit responden dengan lama penyakit kurang dari 1 tahun berjumlah 12 orang (20,3%).

4.1.2.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta

Tabel 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta Pada Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59)

Penyakit Penyerta	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak ada	22	37,3
Retinopati	4	6,8
Neuropati	13	22
Jantung	13	22
Stroke	7	11,9
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden yang tidak memiliki penyakit penyerta dengan jumlah 22 orang (37,3%) dan paling sedikit responden yang memiliki penyakit penyerta (retinopati) dengan jumlah 4 orang (6,8%).

4.1.3 Data Khusus

Di bawah ini akan disajikan karakteristik responden berdasarkan *self efficacy* pasien DM tipe 2, kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

4.1.3.1 *Self efficacy* Pasien DM Tipe 2

Tabel 4.7 *Self Efficacy* Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

<i>Self Efficacy</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	29	49,2
Cukup	21	35,6
Kurang	9	15,3
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden dengan *self efficacy* pada pasien DM tipe 2 berada pada kategori baik yang berjumlah 29 orang (49,2%) dan paling sedikit berada pada kategori kurang yang berjumlah 9 orang (15,3%).

4.1.3.2 Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2

Tabel 4.8 Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

Kualitas hidup	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	31	52,5
Sedang	19	32,2
Rendah	9	15,3
Total	59	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden dengan kualitas hidup berada pada kategori tinggi yang berjumlah 31 orang (52,5%) dan paling sedikit berada pada kategori rendah yang berjumlah 9 orang (15,3%).

4.1.3.3 Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2

Tabel 4.9 Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang (n = 59).

Variabel	N	r	p Value
<i>Self efficacy</i> dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2	59	0,913	0,000

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh hasil $p\text{ value}=0,000$ dimana $p < \alpha$ ($\alpha=0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang. Nilai $r = 0,913$ menunjukkan bahwa arah hubungan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 adalah positif dan memiliki hubungan cukup kuat.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Self Efficacy Pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa paling banyak responden berada pada kategori *self efficacy* baik pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang.

Bandura dalam Ratnawati (2016) mendefinisikan *self efficacy* sebagai keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. *self efficacy* pada dasarnya adalah hasil proses kognitif berupa keputusan, keyakinan, atau penghargaan tentang sejauh mana individu

memperkirakan kemampuannya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. *Self efficacy* merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengelola penyakit kronis secara mandiri, karena menentukan seseorang untuk memulai atau tidak dalam melakukan perawatan (Nyunt, et al., 2010). Tinggi rendahnya *self efficacy* seseorang akan menentukan kemampuan seseorang merasakan sesuatu, berpikir, bermotivasi dan berperilaku sesuai (Paun, 2016).

Hal ini didukung oleh Yusuf & Nurihsan (2011) yang menjelaskan bahwa *self efficacy* yang tinggi dapat membuat rasa percaya diri dalam merespon hal tertentu dalam memperoleh *reinforcement*. Sebaliknya, apabila *self efficacy* rendah maka seseorang akan cemas dan tidak mampu melakukan respon. Ningsih (2018: 216) juga menjelaskan bahwa Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi akan cenderung untuk memilih terlibat langsung dalam menjalankan suatu tugas, sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit. Sebaliknya jika individu memiliki *self efficacy* yang cukup atau kurang individu akan mengalami stres dan menjauhi tugas-tugas yang sulit karena dianggap sebagai suatu ancaman sehingga dapat berdampak pada kesehatan dan sistem imunnya (Friedman dalam Pertiwi, 2008: 10). *Self efficacy* pada pasien DM dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan individu dan kemampuannya untuk mengolah, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga mencapai kualitas hidup yang lebih baik (Ariani, 2011).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hunt, et al. (2012) pada 152 responden dengan DM tipe 2 menunjukkan rata-rata untuk *self efficacy* sebesar 7,53 (SD=1,52) untuk rentang skor 1-10. Hal ini dapat mengindikasikan semakin tinggi skor maka tingkat *self efficacy* semakin tinggi atau dapat dikatakan responden sangat yakin dapat melakukan perawatan diri berhubungan dengan diabetes. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa seseorang yang hidup dengan DM tipe 2 yang memiliki skor *self efficacy* tinggi lebih mungkin untuk melakukan diet,

olahraga, pemantuan glukosa darah mandiri, konsumsi obat, dan perawatan kaki secara optimal.

Self efficacy dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor lama menderita penyakit (Ratnawanti, 2016: 24). Dalam penelitian ini paling banyak responden menderita DM tipe 2 dengan lama penyakit 1 sampai 5 tahun dengan jumlah responden 27 orang (45,8%) dan diikuti lebih dari 5 tahun dengan jumlah 20 orang (33,9%). Lama menderita penyakit diabetes melitus tipe 2 mempengaruhi *self efficacy* penderita dimana pasien yang menderita diabetes melitus lebih lama akan memiliki pengalaman dan dapat mempelajari hal-hal yang baik untuk perawatan penyakitnya (Diani, 2013). Pendapat ini juga didukung oleh Ningsih (2018) yang menjelaskan bahwa pasien yang menderita DM tipe 2 dengan jangka waktu yang lama lebih mampu beradaptasi dengan lingkungannya karena dapat mengatur distres emosionalnya dan dapat memberikan perlindungan diri terhadap stres dan cemas dengan pengelolaan stres yang baik.

Peneliti berpendapat bahwa terdapat kesesuaian antara teori dan fakta bahwa penderita diabetes melitus tipe 2 yang telah lama menderita penyakit memiliki *self efficacy* yang baik karena telah memiliki pengalaman dan mempelajari banyak hal sehingga dapat mengontrol emosionalnya saat beradaptasi dengan perawatan diri. Diabetes melitus dan *self efficacy* juga memiliki faktor lain, yaitu usia. Berdasarkan hasil dari Riset Kesehatan Dasar, Kementrian Republik Indonesia (2013), proporsi penderita diabetes meningkat seiring bertambahnya usia, terutama di atas 45 tahun. Dalam penelitian ini paling banyak responden yang menderita diabetes melitus tipe 2 berada pada usia 45-55 tahun yang berjumlah 17 orang (28,8%) dan diikuti penderita yang berada pada usia 55-65 tahun yang berjumlah 16 orang (27,1%). Pertambahan usia mengakibatkan kemampuan kerja insulin sebagai kunci untuk memasukkan glukosa ke dalam sel sudah tidak berfungsi dengan baik sehingga terjadi resistensi insulin (Wulandari, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa usia sangat erat kaitannya dengan kenaikan gula darah dan hal ini berpengaruh terhadap *self efficacy* pasien. Didukung oleh Potter & Perry (2008), pada usia 40-65 tahun disebut juga sebagai tahap

keberhasilan, yaitu waktu yang berpengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pada usia tersebut pasien memiliki *self efficacy* yang baik.

Dari hasil wawancara sebagian besar penderita DM tipe 2 memiliki *self efficacy* yang baik dimana 34 responden mengatakan mampu mengenali tanda dan gejala ketika adanya peningkatan atau penurunan gula darah, 45 responden mengatakan mampu memilih makanan yang benar sesuai petunjuk dokter dimana mereka mengonsumsi makanan yang glukosa rendah misalnya nasi merah atau nasi jagung, kentang, singkong dan protein rendah lemak seperti ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu dan kacang-kacangan serta menghindari makanan dari jenis gula sederhana seperti gula pasir, gula jawa, susu manis kental, sirup, dll. Terdapat 31 responden yang rajin mengikuti kegiatan berolahraga dimana mereka mengatakan sering melakukan kegiatan olahraga ringan seperti lari pagi 3 kali dalam seminggu serta mengikuti kegiatan senam. Hasil wawancara juga terdapat 39 responden yang mampu mengikuti pola makan yang sehat saat berada di luar rumah atau mengikuti acara keluarga atau pesta dimana mereka mengatakan mampu menahan diri untuk tidak makan makanan yang banyak mengandung gula dan lemak yang berlebihan.

Dalam penelitian ini terdapat juga responden yang memiliki *self efficacy* yang cukup dan kurang dimana dari hasil wawancara terdapat 47 responden yang mengatakan kurang mampu mengikuti aturan makanan sehat dari waktu ke waktu, 28 responden yang mengatakan kurang mampu berolahraga ketika dokter menasehati untuk berolahraga, 17 responden mengatakan kurang mampu mengikuti pola makan sehat ketika berada di luar rumah dan terdapat 11 responden yang mengatakan kurang mampu mengatur minum obat seperti yang telah ditentukan secara teratur. Penderita harus memiliki *self efficacy* yang baik sehingga mendorong seseorang untuk berperilaku positif dalam menjalani kehidupannya. *Self efficacy* dapat membuat pasien mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan dirinya

seperti diet, latihan fisik, kontrol glukosa dan perawatan DM secara umum sehingga dapat mempertahankan status kesehatannya.

4.2.2 Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa paling banyak responden dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 berada pada kategori tinggi.

Fakta ini didukung oleh (Adam, 2006) yang menjelaskan bahwa kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada. Menurut Polonsky, dalam Yusra (2011) kualitas hidup merupakan perasaan individu mengenai kesehatan dan kesejahteraannya yang meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis, dan fungsi sosial. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat seorang individu dalam menikmati hidupnya yang terdiri dari kepuasan dan dampak yang dirasakan seorang individu dalam menjalankan kehidupannya sehari-hari (Yusra, 2011). Kualitas hidup yang baik dapat mempermudah proses pengobatan DM. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Mandagi (2010) yang mengatakan bahwa kualitas hidup merupakan salah satu tujuan utama dalam perawatan, khususnya pada penderita DM. Apabila kadar gula darah dapat terkontrol dengan baik maka keluhan fisik akibat komplikasi akut maupun kronis dapat dicegah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shunmugam (2017) yang menunjukkan bahwa terdapat 79 responden (79%) yang berada pada kategori baik dan terdapat 16 responden (16%) yang berada pada kategori cukup dan terdapat 5 responden (5%) yang berada pada kategori kurang.

Menurut Mier, et al (2008) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup.. Penelitian ini juga sebagian responden mempunyai pendidikan terakhir SMA dengan jumlah responden 27 orang (48,5%). Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi dan merupakan faktor yang penting

pada pasien diabetes melitus untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri dalam mengontrol gula darah (Wu, et al., dalam Ariani, 2011). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Aini (2012) yang menemukan adanya perbedaan nilai pengetahuan tentang DM pada pasien yang berpendidikan tinggi dengan rendah. Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuannya semakin meningkat sehingga mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan atau terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya. Sebaliknya, semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin sulit orang tersebut menerima informasi yang diberikan dan semakin sulit pula untuk mengatur dirinya dan sulit memilih dan memutuskan tindakan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Yusra (2010) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dalam penelitian ini paling banyak responden yang menderita diabetes melitus tipe 2 berada pada usia 45-55 tahun yang berjumlah 17 orang (28,8%) dan diikuti penderita yang berada pada usia 55-65 tahun yang berjumlah 16 orang (27,1%). Menurut Smeltzer & Bare (2008), diabetes melitus tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak jumlahnya yaitu sekitar 90-95% dari seluruh penyandang DM dan banyak dialami oleh dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2 cenderung meningkat pada lansia (40-65 tahun), disamping adanya riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan. Hal ini sejalan dengan penelitian Funnel, et all dalam Ratnawati (2016) yang menjelaskan bahwa peningkatan usia berefek negatif terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2. Didukung oleh hasil penelitian Yusra (2010) didapatkan hasil adanya hubungan bermakna antara usia dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Hal ini dikarenakan perubahan fisiologis, anatomis, dan biokimiawi yang muncul seiring bertambahnya usia, akan meningkatkan gangguan toleransi glukosa. Hal ini tentunya akan

menimbulkan permasalahan baik fisik, psikologis, dan sosial sehingga akan mengalami keterbatasan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup.

Berbeda dengan hasil penelitian oleh Wiyanti (2012) didapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas hidup pasien DM tipe 2 yaitu sebesar $54,31 \pm 5,92$. Keadaan ini menunjukkan bahwa rata-rata kualitas hidup pasien cukup baik. Tidak ada perbedaan yang signifikan nilai kualitas hidup pasien DM tipe 2 berdasarkan usia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang memiliki kualitas hidup dalam kategori tinggi yang berjumlah 31 orang (52,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Laoh & Tampongangoy (2015) didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien DM berada pada kategori baik yaitu 63,3% dan kurang baik 36,7%. Penelitian sebelumnya oleh Jain, Shivkumar & Gupta (2014) di India menyimpulkan bahwa pasien DM perlu mendapatkan perawatan holistik yang sama pentingnya dengan kesejahteraan mental dan kualitas hidup, dibandingkan dengan kesehatan fisik.

Peneliti berpendapat bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik karena pasien diabetes melitus menerima keadaannya sekarang ini dan merasa puas dengan usaha dalam pengobatan yang dilakukannya dan kualitas hidup juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti usia, faktor pendidikan, dll. Penambahan usia akan mengakibatkan terjadinya perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimiawi dan menyebabkan kerentanan terhadap suatu penyakit dan berpengaruh terhadap kualitas hidup. Individu dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan dirinya sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, objektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan (Notoadmojo dalam Ratnawati, 2016). Sedangkan responden yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik dikarenakan responden merasa cemas dengan kondisi sakit yang dialami, dan responden merasa kurang yakin dengan usahanya dalam melakukan pengobatan DM serta memiliki tingkat pendidikan yang rendah sehingga sulit mengakses

informasi mengenai penyakit dan penatalaksaaannya dan berdampak pada kualitas hidup pasien.

Hasil wawancara yang dilakukan pada responden, terdapat 28 responden yang mengatakan mereka sudah terbiasa dengan penyakit DM yang mereka derita dan merasa diri selalu dalam kondisi baik, terdapat 22 responden yang mengatakan jarang memiliki gangguan tidur, 32 responden mengatakan sangat puas dengan waktu yang digunakan untuk berolahraga, dan 34 responden mengatakan sangat puas menikmati waktu senggang untuk bersantai. Mereka juga mengatakan bahwa penyakit DM yang mereka derita tidak mengganggu hubungan sosial mereka, hanya terkadang harus meninggalkan pekerjaan apabila hendak melakukan pengobatan. Hasil wawancara juga terdapat responden yang mengatakan merasa khawatir dengan kondisi tubuh mereka karena adanya penyakit DM dimana terdapat 13 responden yang mengatakan sering merasa diri dalam kondisi yang kurang baik, terdapat 18 responden yang mengatakan pada malam hari sering mengalami keringat dingin, 30 responden mengatakan nyeri pada ekstremitas dan 22 responden merasa terbatas oleh diet yang mereka lakukan serta terdapat 20 responden yang selalu merasa takut adanya komplikasi-komplikasi yang terjadi.

4.2.3 Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2

Hasil uji statistik *self efficacy* memiliki hubungan yang signifikan (p value=0,000) dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang dan nilai koefisien korelasi $r=0,913$. Hasil ini menunjukkan bahwa arah korelasi hubungan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang positif dengan hubungan cukup kuat. Hal ini juga menjelaskan bahwa apabila *self efficacy* pasien baik maka kualitas hidup pasien menjadi tinggi.

Fakta ini sejalan dengan Bandura dalam Ratnawati (2016) yang menjelaskan bahwa perlu keyakinan yang tinggi agar dapat mengubah gaya hidup seseorang sebelum dimungkinkan dilakukannya perubahan. Tinggi rendahnya *self efficacy* seseorang akan menentukan kemampuan seseorang untuk merasakan sesuatu, berpikir, bermotivasi dan berperilaku sesuai

(Paun, 2016). *Self efficacy* pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan yang dimiliki terhadap kemampuannya untuk melakukan perawatan diri atau *self-management diabetes* (Al-Khawaldeh, et al., 2012). *Self efficacy* yang dimiliki oleh penderita DM baik atau kurang dapat dibentuk oleh individu itu sendiri. Adanya keyakinan pada diri pasien DM dapat ditunjukkan dari sebuah perilaku tertentu dan mengubah pola pikir tertentu sehingga dapat mengelola dan meminimalkan gejala yang mereka alami dan meningkatkan kualitas hidup (Rahmwadani, 2015). *Self efficacy* dapat menjadi prediksi terhadap kualitas hidup seseorang baik dalam jangka panjang (Bentsen, et al., 2010). Menurut Rubin dan Peyrot (1999), satu faktor yang memiliki peranan penting dalam kualitas hidup yaitu faktor psikologi salah satunya *self efficacy*.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hatmanti, 2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara *self efficacy* dan *quality of life* pasien diabetes melitus tipe 2. Dimana berdasarkan hasil uji spearman rho didapatkan nilai $p = 0,016 < (0,05)$, yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara *self efficacy* dan *quality of life* dengan nilai $r = 0,591$ yang menunjukkan bahwa korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sedang. Penelitian yang dilakukan oleh Hunt, et al. (2012) juga menjelaskan bahwa *self efficacy* secara signifikan berhubungan positif dengan perilaku *self-management* (diet, aktifitas fisik, terapi obat, perawatan kaki) pada pasien DM tipe 2.

Self efficacy merupakan salah satu faktor kunci untuk mencapai perubahan perilaku dan *self efficacy* yang dimiliki oleh individu akan mempengaruhi individu atas pengambilan keputusan atas perilakunya (Bandura dalam Rahman, 2017). Peneliti berpendapat bahwa adanya hubungan antara *self efficacy* dengan kualitas hidup karena *self efficacy* membentuk sebuah motivasi dalam diri pasien serta mengatur emosi dan memungkinkan seseorang untuk membentuk lingkungan yang sesuai sehingga membantu pencapaian tujuan dari pasien yaitu untuk meminimalkan gejala dan mengikuti pengobatan dengan baik. Seseorang yang memiliki *self efficacy* yang baik akan mendorong seseorang untuk

berperilaku yang positif dalam kehidupannya dan berdampak pada tingginya rasa percaya diri dalam merespon hal-hal tertentu untuk mencapai tujuan sehingga akan berpengaruh pada program terapi/pengobatan yang sedang dijalankan mulai dari pengaturan makan yang sesuai dengan anjuran petugas kesehatan, latihan fisik/olahraga, pengontrolan kadar gula darah dan konsumsi obat sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup yang baik pada pasien. Sebaliknya, jika *self efficacy* yang dimiliki cukup atau kurang maka seseorang akan cemas, merasa tidak mampu dan menghindari tugas yang dianggap sulit sehingga mengakibatkan kurangnya partisipasi dari pasien dalam melaksanakan program terapi/pengobatan dan berdampak pada kualitas hidup pasien berada pada kategori sedang atau rendah (Yusuf & Nurihsan, 2011).

4.2.4 Hambatan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa hambatan terkait keterbatasan peneliti dari aspek responden dan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan peneliti.

1. Keterbatasan peneliti dari aspek responden

- a. Pada umumnya responden memberikan respon positif ketika mengisi kuesioner dan diwawancarai oleh peneliti dengan menceritakan semua pengalaman yang dialami sesuai dengan pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Hal ini membantu peneliti untuk mengeksplor lebih dalam pengalaman responden karena hubungan saling percaya telah terbangun dengan baik dengan kesediaan responden untuk menjadi responden dalam penelitian. Namun di sisi lain, saat wawancara berlangsung ada diantara responden yang memberikan pertanyaan dan pernyataan di luar topik penelitian hal ini diatasi peneliti dengan menjelaskan kembali bahwa wawancara ini dilakukan khusus untuk mengeksplor pengalaman penyakit dan penatalaksanaan program terapi DM responden.
- b. Kebenaran pengisian kuesioner ini sangat dipengaruhi oleh kejujuran, pemahaman, dan daya ingat responden terhadap *self efficacy* yang dimiliki dan kualitas hidup yang dirasakan. Apabila

terdapat gangguan dan konsentrasi dan penurunan daya ingat akan mempengaruhi kebenaran jawaban yang diberikan.

2. Keterbatasan pengetahuan dan kemampuan peneliti

Peneliti memiliki keterbatasan pengetahuan atau kemampuan untuk melakukan penelitian kuantitatif, mengingat baru pertama kali melakukan penelitian, dalam hal ini pada saat berhadapan dengan responden dan menjelaskan pengisian kuesioner serta melakukan wawancara.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas simpulan dan saran dari hasil penelitian mengenai “Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang”.

5.1 Kesimpulan

- 5.1. 1** *Self efficacy* pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang berada pada kategori baik.
- 5.1. 2** Kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang berada pada kategori tinggi.
- 5.1. 3** *Self efficacy* memiliki hubungan yang signifikan ($p\text{ value}=0,000$) dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang dan memiliki hubungan positif kuat ($r=0,913$).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Responden

Pasien disarankan agar tetap yakin dan optimis dalam menjalani kehidupan dimasa yang akan datang dengan baik, selalu terbuka dan melibatkan keluarga akan masalah ataupun kondisi yang dialami serta melakukan pengontrolan yang baik dan teratur melalui perubahan gaya hidup teratur, dan permanen agar lebih taat terhadap pengobatan yang dijalankan sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup.

5.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan penelitian ini menjadi bahan masukan bagi pihak puskesmas agar perawat perlu menambahkan pengkajian mengenai motivasi dan *self efficacy* sebagai pengkajian faktor psikososial pada pasien DM tipe 2 dan perawat dapat meningkatkan motivasi dan *self efficacy* dengan meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan yang terstruktur tentang DM dan menyediakan media *leaflet* dan lembar balik yang dapat digunakan untuk penyuluhan kesehatan serta perawat dapat memberikan dukungan untuk kemandirian pasien dalam mengelola dan memodifikasi

gaya hidup dengan cara melibatkan peran aktif keluarga dalam perawatan pasien karena dukungan keluarga dan orang terdekat sangat berperan dalam meningkatkan *self efficacy* pasien dan meningkatkan kualitas hidup serta status kesehatannya.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan penelitian selanjutnya mengenai *self efficacy*. Beberapa masalah yang dapat diteliti antara lain intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan *self efficacy* pasien, faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* pasien dengan penyakit kronis atau pengaruh *self efficacy* terhadap perawatan diri DM, dan lain sebagainya dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, R. Z., (2006). *Do The Complete Dentures Improve The Quality of Life Patients?*, Tesis, University of Cape Western, hal. 1-44
- Albikawi, Z.F. and Abuadas, M. (2015). Diabetes Self Care Management Behaviors Among Jordanian Type Two Diabetes Patients. *American International Journal of Contemporary Research*.
- Aini Y. (2012). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus tipe 2. <http://lib.ui.ac.id/file=digital/20280162-T%20Aini%20Yusra.pdf>. Diakses 25 februari 2015.
- Al-Khawaldeh, O.A.,M.A., Al-Hasaan, E,S.Froelicher. (2012). Self-efficacy, self management, glycemic control I adults with type 2 diabetes melitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 26: 10-16.
- Anani, S., Udiyono, A, & Ginanjar, P. (2012). Hubungan Antara Perilaku Pengendalian Diabetes dan Kadar Glukosa Darah Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus (Studi Kasus di RSUD Arjawinangun Kabupaten Cirebon). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2), 466-478.
- Ariani, Yesi. (2011). *Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: FIK UI.
- Bandura, Albert. (1993) Percieved Self-Efficacy in Cognitive Devolopment and Functioning. *Education Psychologist*. Vol 28, No 2
- Albert. 1995. *Self –efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press
- Albert. (1997) Self Efficacy Toward a Unifying Theory of Behaviour Change, *Psychologist Review*, Vol 84.
- Bentsen, et al. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality if life in pulmonary rehabilitation an exploratory study.patient education 81(1):5-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20356>. diperoleh pada tanggal 12 november 2019.
- Brunner & Suddarth. 2005. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth. (2009). *Buku saku patofisiologi edisi revisi 3*. Jakarta: EGC.
- Darcoli, Eva, dkk. *Majalah Kedokteran Indonesia Volume : 58, Nomor 1*. Dipublikasi 1 januri 2008

- Depkes RI. 2013. Hasil Riskesdas 2013-Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/resource/download/general/Hasil%20Riskesdes%202013.pdf>. diperoleh pada tanggal 10 November 2018..
- Diani, N. 2013. *Pengetahuan dan Praktik Perawatan Kaki pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Kalimantan Selatan*, Tesis Universitas Indonesia, Jakarta.
- Dzusturia, Dwi Nida. 2016. *Pengaruh Diabetes Self-Management Education And Support (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember*.
- Fattah, H. A. Hussein. (2017). *Kepuasan Kerja Dan Kinerja Pegawai Budaya Organisasi, Perilaku Pemimpin Dan Efikasi Diri*. Yogyakarta: Elmatara (Anggota IKAPI).
- Fauzi, Romdlon. (2018). *Apoteker Hebat, Terapi Taat, Pasien Sehat Paduan Simpel Mengelola Kepatuhan Terapi*. Jogjakarta: Stileto Indie Book
- Fitriana, Rahmatul & Siti Rachmawati (2016). *Cara Ampuh Tuntas Diabetes*. Yogyakarta: Medika
- Funnel, M. M. (2008). Quality of life and Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *Excerpta Medica inc*
- Hatmanti, N. Mawarda. (2017). Hubungan Antara Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya. Surabaya: *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 10, No. 2
- Hays dkk. 1997. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/p7994.pdf>. diperoleh pada tanggal 5 Januari 2019.
- Hidayat, A. Aziz. Alimul. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- (2012). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hilda, dkk. (2018). *Hubungan Self Efficacy terhadap Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Melitus*. Februari 20, 2019. <http://jom.unri.ac.id>. diperoleh pada tanggal 9 Maret 2019.
- Hunt. W. C., Wilder . B. (2012). Relationship Among Self Efficacy, Social Support, Social Problem Solving, And Self-Management In A Rural Sample Living With Type 2 Diabetes Mellitus , *Research And Theory Of Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 26. No. 2

- International Diabetes Federation. (2015). *United for diabetes. Persatuan Diabetes Indonesia*. Diakses pada 18 maret 2019, <http://www.idf.org/membership.wp/Indonesia-persatuan-diabetes-indonesia>. diperoleh pada tanggal 6 November 2018.
- Jain, V., Shivkumar, S., & Gupta, O. (2014). Health-Related Quality of Life (HrQol) in Patients with Type 2 Diabetes Melitus. *North American Journal of Medical Science*, 6(2), 96-10
- Laoh, J. M., & Tampongangoy, D. (2015). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Di Poliklinik Endokrin RSUD Prof. Dr. R. D. Kandon Manado. *Jurnal Keperawatan*. Vol 4 Nomor 2.
- Lase, W. N. (2011). *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Mnejalani Hemodialisa di RSUP Haji Adam Maliik Medan*. Medan : USU
- Mandagi, A. M. (2010). Faktor yang Berhubungan Dengan Status Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Penelitian Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Manuntung, Alfeus. (2018). *Terapi Perilaku Kognitif Pada Pasien Hipertensi*. Malang: Wineka Media
- Mier, N, Alons, B.N.,Zhan, D., Zuniga, A.M., & Acosta, IR. (2008) Helath-Related quality of life in a binational population with diabetes at the Texas Mexico border. *Rev Panam Salud Pubica*.
- Misnadiarly, 2006. *Diabetes Melitus Gangren, Ulcer, Infeksi, Mengenali Gejala, Menangguangi, dan Mnecegah Komplikasi*. Jakarta : Pustaka Obor Populer
- Ningtyas, D. W., dkk. 2013. *Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melits Tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan*. Diakses melalui <http://repository.unej.ac.id>. diperoleh pada tanggal 23 Juli 2019.
- Ningsih, H. Rahmi. (2018). *Hubungan Self Efficacy Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien DM di RSUD Arifin Ahmad Pakan Baru*. Riau: Universitas Riau. SKRIPSI <https://text-id.123dok.com/document/dzx2g04q-hubungan-self-efficacyterhadapkepatuhan-pola-diit-pada-penderita-diabetes-mellitus-tipe-2.html>. diperoleh pada tanggal 4 Mei 2019.
- Nofitri. 2009. *Gambaran Kualitas Hidup*. Jakarta : Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia
- Notoadmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rhineka Cipta

- (2010). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rhineka Cipta.
- (2012). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rhineka Cipta.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*/Nursalam.Jakarta: Salemba Medika
- (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*/Nursalam.Jakarta: Salemba Medika
- (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*/Nursalam.Jakarta: Salemba Medika
- Padila, 2012. *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Paun, Rafael. (2016). *Ilmu Sosial & Perilaku Kesehatan*. Lima Bintang Kupang
- Pertiwi, Intan. (2015). *Hubungan Dukungan Pasangan Dengan Kepatuhan Menjalani Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta. SKRIPSI
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2008). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta: EGC
- Purwanti, Lina Ema. (2014). *Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Melakukan Perawatan Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara*. Desember 22, 2018. <http://www.jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id>. diperoleh pada tanggal 3 november 2019.
- Puskesmas Oebobo Kota Kupang. (2019). Data Rekapitulasi penyakit tidak menular.
- Puskesmas Oebobo Kota Kupang. (2019). Profil Puskesmas Oebobo Kota Kupang.
- Ratnawanti, Novia. 2016. *Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. SKRIPSI
- Reny, Chaidir, dkk. 2016. *Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus*. Desember 20, 2018.
- Riskesdas. (2013). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2013*. <http://www.depkes.go.id>

- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*.
<http://www.depkes.go.id>
- Riyadi, Sujono. (2008). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan eksokrin dan endokrin pada pancreas*. Yogyakarta: Ghara Ilmu
- Rohmawati, E, 2011. *Perbedaan kualitas hidup antara lansia yang aktif dan yang tidak aktif melakukan kunjungan ke posyandu*. Tidak dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Rokhman, A. A., & Suprianti, L. (2015). Terapi Progresivve Muscle Relaxition Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal of Ners Community*. Vol 6 Nomor 2
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15 (3), 205-218.
- Shunmugam, Preveenna. 2017. *Hubungan Antara Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Tipe 2 di Puskesmas Amplas Medan*. Diakses melalui:<http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/3807>
- Septiwi, C. 2011. *Hubungan antara Adekuasi Hemodialisis dengan Kualitas Hidup pasien hemodialisis di unit Hemodialisis RS Prof. Dr. Margiono Soekarkjo Puwokerto*. FIK UI
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- (2013). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Silitonga, R. 2007. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita penyakit Parkinson di Poliklinik Saraf Rs Dr Kariadi*.
<http://eprints.undip.ac.id/191552/1>. diperoleh pada tanggal 6 April 2019.
- Smeltzer, S. C, & Bare, B. G. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal –Bedah Brunner Dan Suddarth Volume 2*, edisi 8. Terjemahan oleh Agung Waluyo, dkk. Jakarta: EGC
- Sturt, J., Heranshaw, H., & Wakelin, M. (2010). Validity and reliability of the DMSES UK: a measure of self-efficacy for type 2 diabetes self management. *Primary Health Care Research & Devolopment*. 11,374-381
- Suto, Puti Kulindam. 2017. *Hubungan Kejadian Obesitas dengan Kualitas Hidup pada Anak Usia Sekolah di SDN 30 Kubu dalam Kota Padang*. Padang : Universitas Andalas

- Suyono, dkk. 2009. *Penatalaksanaan Diabetes Melitus edisi 2 Terpadu*. Jakarta:FKUI
- Tandra, H., 2008. *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta : Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama
- Teli. Margaretha. (2017). *Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Se-Kota Kupang*. Maret 18, 2019. <https://www.poltekkeskupang.ac.id>. diperoleh pada tanggal 7 Juli 2019.
- Tyas, M.D.C. 2008. *Hubungan Perawatan Diri dan Persepsi Sakit dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Keperawatan di Kota Blitar*.
- Utami, D. T., et all. (2014). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pasien Diabetes Melitus dengan Ulkus Diabetikum. *JOM PSIK*, 1-7
- Wijaya, Andra. (2013). *Keperawatan medical bedah : keperawatan dewasa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wiyanty. (2012). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun. *Jurnal Kesehatan*. Vol 8
- WHO (2016). *About Diabetes Geneva*. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2087723>. diperoleh pada tanggal 8 Februari 2019.
- (2015). *Fact Sheets Of Diabetes Media Center*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>. diperoleh pada tanggal 8 Februari 2019
- (2013). *Health Topic: Diabetes*. <http://www.sciepub.com/reference/272085>. diperoleh pada tanggal 24 April 2019
- (2010). *Chapter 1 Ncds: Burden: Mortality, Morbidity, And Risk Factors*. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. diperoleh pada tanggal 2 Desember 2019
- Yusra, A. 2011. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*.
- Yusuf, Syamsu & Juntika Nurihsan. (2011). *Teori Kepribadian*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya Offset.

Lampiran 1



Citra Husada Mandiri Kupang
Institute of Health Sciences
(STIKes CHMK)

*The Leading Health Institute
for Global Community*

Nomor : 0361/PRA-PLT/STIKesCHMK/ADUM/X/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang

di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: MARIA VIOLETA ODILIA BUDE
NIM	: 151111072
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2015 / VII (Tujuh)
Judul	: Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien DM Tipe 2
Waktu	: 28 Oktober 2018 s/d 10 November 2018
Lokasi	: Puskesmas Oebobo

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.



Kupang, 26 Oktober 2018
 Ketua Lembaga Penjaminan Mutu
Aysanti Y. Paulus, S.KM., M.Kes (Epid)

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Oebobo;
2. Kepala Unit Penyakit Tidak Menular;
3. Mahasiswa yang bersangkutan;
4. Arsip.

17th Manafe Street, Kayu Putih
 0380-8553961
 chmk.ac.id

Lampiran 2



PEMERINTAH KOTA KUPANG DINAS KESEHATAN

Jalan S.K.Lerik Kelapa Lima Telp. (0380) 825796 Fax. (0380) 825769
Website. www.dinkes-kotakupang.web.id, Email. secretariat@dinkes-kotakupang.web.id

Nomor : DINKES.440.870/2332/X/2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kupang, 31 Oktober 2018

Kepada
Yth. Kepala UPT Puskesmas Oebobo
di -

Kupang

Menunjuk Surat dari Ketua STIKes CHM Kupang Nomor : 0361/PRA-PLT/STIKesCHMK/ADUM/X/2018 tanggal 26 Oktober 2018, Perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama : **Maria Violete Odilia Bude, NIM : 151111072**, maka dengan ini disampaikan bahwa kami menyetujui kegiatan dari peneliti tersebut dan diharapkan agar saudara dapat memberikan bantuan data dan kemudahan lainnya sesuai dengan kepentingan yang bersangkutan berkaitan dengan judul penelitian "**Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien DM Tipe 2**".

Demikian untuk maklum, dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


An. SEKRETARIS DINAS KESEHATAN
KOTA KUPANG
Kasubag Umum dan Kepegawaian

Yeni Aman, SH
 Penata Tk.I

NIP. 19800206 200112 2 005

Tembusan, disampaikan dengan hormat kepada :
1. Ketua STIKes CHM Kupang di Kupang
2. Yang bersangkutan

Lampiran 3

 UNIVERSITAS CITRA BANGSA		<i>Energy to Inspire Innovation, Humanity and Competitiveness</i>
		Jl. Manafe No.17 Kel. Kayu Putih Kec. Oebobo Kupang - NTT Telp: (0380) 843 0255 Email: citrabangsa@ucb.ac.id

Nomor : A.1.0131/SPm/ADMIN/UCB/IX/2019
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang


di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: MARIA VIOLETA ODILIA BUDE
NIM	: 151111072
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2015 / IX (Sembilan)
Judul	: Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang
Waktu	: 21 Oktober 2019 s/d 12 November 2019
Lokasi	: Puskesmas Oebobo Kota Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.



Kupang, 19 Oktober 2019
 Kepala LP3M
Vinsensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes

Tembusan :
 1. Kepala Puskesmas Oebobo Kota Kupang;
 2. Mahasiswa yang bersangkutan;
 3. Arsip.

17th Manafe Street, Kayu Putih
 0380-843 0255
 ucb.ac.id

Lampiran 4



**PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN**

Jalan S.K Lerik, Kelapa Lima Telp. (0380) 825769, Fax. (0380) 825730
Website. www.dinkes-kotakupang.web.id, Email. sekretariat@dinkes-kotakupang.web.id

Nomor : DINKES. 440. 870/1710 /IX/2019
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kupang, 22 Oktober 2019

Yth. Kepada
Kepala UPT Puskesmas Oebobo
di-

tempat

Menunjuk surat dari Kepala LP3M Universitas Citra Bangsa Kupang nomor : A.1.0131/SPm/ADMIN/UCB/IX/2019 tanggal 19 Oktober 2019 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal atas nama : **Maria Violeta Odilia Bude, NIM: 151111072** dengan judul **"Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien Dm Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang"**

maka dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa kami menyetujui kegiatan tersebut dan diharapkan agar saudara dapat memfasilitasi kegiatan dimaksud.

Demikian untuk maklum, dan atas perhatian saudara diucapkan terima kasih.

An. SEKRETARIS DINAS KESEHATAN
KOTA KUPANG
Kasubag. Umum dan Kepegawaian




NIP. 19800206 200112 2 005

Tembusan, disampaikan dengan hormat kepada :

1. Rektor Univ. Citra Bangsa Kupang di Kupang
2. Yang Bersangkutan

Lampiran 5



PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN KOTA KUPANG
UPT PUSKESMAS OEBOBO
 JL. Palapa Kel. Oebobo, Kode Pos 85111
 Telp (0380) 8439352
 Website : puskobbb.dinkes-kotakupang.web.id, Email : puskesmasoebobo@yahoo.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
 Nomor : PUSK.OBB.441.870/671a/X/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : N. A. Pingak
 NIP : 19650501 198812 2 003
 Jabatan : Kasubag. TU. UPT Puskesmas Oebobo

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :


Nama : Maria V. O. Bude
 NIM : 151111072
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Fakultas/ Jurusan : S1-Keperawatan
 Universitas/PT : Universitas Citra Bangsa Kupang

Yang bersangkutan benar – benar telah selesai melakukan tugas penelitian

Dari tanggal : 22 Oktober 2019 s/d 12 November 2019
 Dengan judul : **“Hubungan *Self Efficacy* dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Oebobo di Kota Kupang”**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 18 November 2019
 An. Kepala UPT Puskesmas Oebobo



N. A. PINGAK
 NIP. 19650501 198812 2 003

Tembusan : Dengan hormat disampaikan kepada

1. Dinas Kesehatan Kota Kupang
2. Kepala PRODI Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Citra Bangsa - Kupang

Lampiran 6**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Penelitian

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang Prodi Ners Fakultas Kesehatan

Nama : Maria Violeta Odilia Bude

NIM : 151111072

Yang akan melakukan penelitian **“Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Oebobo Kota Kupang”**.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila saudara/i menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Atas partisipasi dan kerjasamanya, saya sebagai peneliti mengucapkan terima kasih.

Kupang, 22-10-2019

Peneliti



Maria Violeta Odilia Bude

151111072

Lampiran 7**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca surat permohonan pada lembar pertama, saya turut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang Prodi Ners Fakultas Kesehatan atas nama Maria Violeta Odilia Bude dengan judul **"Hubungan *Self Efficacy* Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang"**.

Saya mengetahui bahwa informasi yang diberikan tidak akan berdampak negatif terhadap saya dan akan sangat bermanfaat bagi saya dan serta peneliti. Oleh sebab itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Kupang, 22.10.2019

Responden



(.....HY. M. A.....)

Lampiran 8

KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN SELF EFFICACY DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS OEBOBO
KOTA KUPANG**

1. Petunjuk

- a. Berilah tanda centang (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia.
- b. Jawablah dengan jujur tanpa pengaruh dari orang lain.
- c. Mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjawab setiap pertanyaan yang ada.

2. Data umum responden

- a. Nama responden/inisial : Ny. M. A.
- b. Umur : 51 tahun
- c. Alamat : Oebobo
- d. Jenis kelamin: ☐ Laki-Laki ☒ Perempuan
- e. Pendidikan terakhir : ☐ Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah
☐ SD ☐ SMP ☒ SMA
☐ Perguruan Tinggi
- f. Status pernikahan: ☐ Belum Menikah ☐ Menikah
☒ Janda/Duda
- g. Status pekerjaan: ☒ PNS ☐ Swasta ☐ Petani
☐ Lain-lain, sebutkan
- h. Lama menderita DM : 4.. tahun
- i. Penyakit penyerta: ☐ tidak ada ☒ ada, sebutkan *Neuropati*

KUESIONER

A. Kuesioner *Self Efficacy* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

(*Diabetes Management Self Efficacy Scale (DMSES)*)

Petunjuk pengisian : Pilih jawaban-jawaban pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom yang sudah disediakan.

No.	Pernyataan	Sangat tidak mampu	Tidak mampu	Kurang mampu	Mampu	Sangat mampu
1.	Saya mampu memeriksa gula darah sendiri jika perlu				✓	
2.	Saya mampu mengoreksi gula darah sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu tinggi				✓	
3.	Saya mampu mengoreksi gula darah sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu rendah				✓	
4.	Saya mampu memilih makan yang benar					✓
5.	Saya mampu mempertahankan berat badan yang sesuai				✓	
6.	Saya mampu memeriksa keadaan kaki saya jika ada kelainan kulit atau luka					✓
7.	Saya mampu melakukan penyesuaian makan ketika saya sakit					✓
8.	Saya mampu mengikuti aturan makan yang sehat dari waktu ke waktu					✓
9.	Saya mampu berolahraga ketika dokter menasehati saya untuk berolahraga			✓		
10.	Saya mampu menyesuaikan rencana makan saya ketika saya berolahraga				✓	
11.	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya berada di luar rumah			✓		

12.	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya menghadiri suatu pesta			✓		
13.	Saya mampu mengikuti penyesuaian rencana makan ketika saya sedang stress (tertekan) atau bersemangat					✓
14.	Saya mampu mengatur dan minum obat seperti yang telah ditentukan secara teratur					✓
15.	Saya mampu melakukan penyesuaian pengobatan saya ketika saya sedang sakit					✓

Sumber: *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale*

B. Kuisisioner Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

Petunjuk pengisian: pilih jawaban-jawaban pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom yang sudah disediakan.

No.	Item Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Puas	Sangat puas
1.	Lamanya waktu yang digunakan untuk kontrol/berobat?				✓
2.	Perawatan dan pengobatan yang ada?				✓
3.	Diet yang anda lakukan?				✓
4.	Penerimaan keluarga terhadap diabetes anda?				✓
5.	Pengetahuan yang anda miliki tentang diabetes?			✓	
6.	Tidur anda?			✓	
7.	Hubungan sosial dan persahabatan anda?			✓	
8.	Kehidupan seksual?				✓
9.	Aktivitas anda (pekerjaan dan tugas rumah tangga anda)?				✓
10.	Penampilan tubuh anda?				✓
11.	Waktu yang anda gunakan untuk olahraga?				✓
12.	Waktu santai/senggang anda?			✓	
13.	Hidup anda?				✓
No.	Pertanyaan tentang dampak yang dirasakan: seberapa sering Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir mengalami hal-hal seperti yang dicantumkan pada kuesioner ini	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
14.	Merasa sakit (nyeri) sehubungan dengan diabetes?				✓
15.	Dipermalukan di depan umum karena diabetes?				✓
16.	Mengalami gemetar/keringat dingin?				✓

17.	Tidak bisa tidur dimalam hari?			✓	
18.	Hubungan sosial anda terganggu karena diabetes?				✓
19.	Merasa diri dalam kondisi baik?				✓
20.	Merasa dibatasi oleh diet anda?			✓	
21.	Merasa dicegah melakukan olahraga karena diabetes?			✓	
22.	Meninggalkan aktivitas (pekerjaan atau tugas rumah tangga) karena diabetes?				✓
23.	Merasa terganggu aktivitas santai anda karena diabetes?			✓	
24.	Bercerita tentang diabetes anda kepada orang lain?			✓	
25.	Merasa pergi ke kamar mandi lebih sering dibanding orang lain karena diabetes?				✓
26.	Merasa takut apakah akan kehilangan pekerjaan?				✓
27.	Merasa takut apakah dapat melakukan liburan/perjalanan?				✓
28.	Merasa takut apakah akan meninggal dunia?			✓	
29.	Merasa takut terlihat berbeda karena diabetes?				✓
30.	Merasa takut mengalami komplikasi karena diabetes?			✓	

Sumber :Yusra, 2011

Lampiran 9

UJI STATISTIK

Frequencies

[DataSet1] C:\Users\HP\Documents\New spss data.sav

Statistics

	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan	Status Pernikahan	Status Pekerjaan	Lama menderita	Penyakit Penyerta	Self Efficacy	Kualitas Hidup
N	Valid	59	59	59	59	59	59	59	59
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	24	40.7	40.7	40.7
Perempuan	35	59.3	59.3	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26-35 tahun	4	6.8	6.8	6.8
36-45 tahun	15	25.4	25.4	32.2
46-55 tahun	17	28.8	28.8	61.0
56-65 tahun	16	27.1	27.1	88.1
65 tahun ke atas	7	11.9	11.9	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	8	13.6	13.6	13.6
	SMP	16	27.1	27.1	40.7
	SMA	27	45.8	45.8	86.4
	Perguruan tinggi	8	13.6	13.6	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	55	93.2	93.2	93.2
	Janda/duda	4	6.8	6.8	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	11	18.6	18.6	18.6
	Swasta	24	40.7	40.7	59.3
	Petani	5	8.5	8.5	67.8
	Lain-lain	19	32.2	32.2	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Lama menderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang dari 1 tahun	12	20.3	20.3	20.3
	1-5 tahun	27	45.8	45.8	66.1
	lebih dari 5 tahun	20	33.9	33.9	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Penyakit Penyerta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	22	37.3	37.3	37.3
	Retinopati	4	6.8	6.8	44.1
	Neuropati	13	22.0	22.0	66.1
	Jantung	13	22.0	22.0	88.1
	Stroke	7	11.9	11.9	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Self efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik : 76%-100%	29	49.2	49.2	49.2
	Cukup : 56%-75%	21	35.6	35.6	84.7
	Kurang dari 55%	9	15.3	15.3	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi: Lebih dari 90%	31	52.5	52.5	52.5
	Sedang: 61%-89%	19	32.2	32.2	84.7
	Rendah: Kurang dari 60%	9	15.3	15.3	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

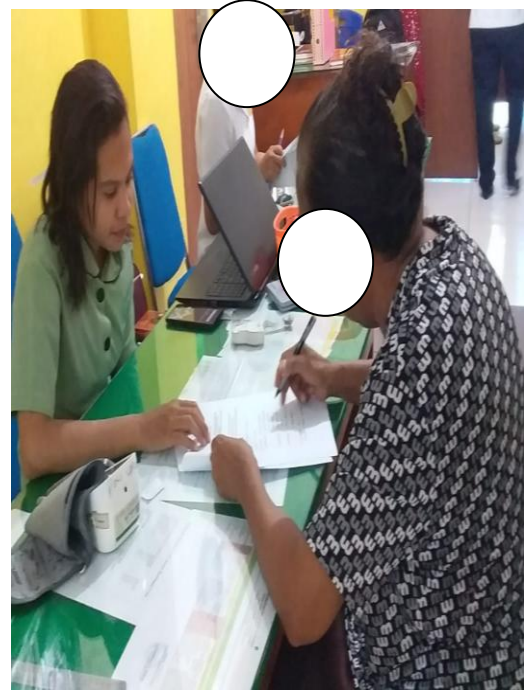
Nonparametric Correlations**Correlations**

			Self efficacy	Kualitas Hidup
Spearman's rho	Self efficacy	Correlation Coefficient	1.000	.913**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	59	59
	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	.913**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	59	59

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 10

DOKUMENTASI PENELITIAN



Lampiran 11



LEMBAR KONSULTASI



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Maria Violeta Odilia Bude
NIM : 151111072
Pembimbing I : Erna Febriyanti, S.Kep, Ns., MAN

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Selasa 10-12-2019	Bab 4 + 5	<ul style="list-style-type: none"> Revisi Pembahasan Revisi masukan + Saran 	
2	Selasa 20/01-2019	Bab 4 + 5	<ul style="list-style-type: none"> Revisi sesuai draft 	
3	Rabu 05-02-2020	Bab 4 + 5	<ul style="list-style-type: none"> Tambahkan opini Baca lagi jurnal Perbaiki Saran 	
4	Selasa 11-02-2020	Bab 4 + 5	<ul style="list-style-type: none"> ACC bab 4 + 5 Buat ppt 	

5	Senin  24 - 02 - 2020	Bab 1 - 3	. Acc Ujian . Buat PPT	
6				
7				
8				
9				
10				



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Maria Violeta Odilia Bude
NIM : 151111072
Pembimbing II : Akto Yudowaluyo, S.Kep, Ns., MM

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	20/12	Bab IV Dono V	Disetujui	YJ
2	28/12/2020	Paralel Dono IV	Disetujui	YJ
3		Bab I - V	Disetujui	YJ
4	8/2/2021	Revisi	Disetujui	YJ

5	$\frac{20}{2} \rightarrow 10$	Prq Depu Sp Lampiran	acc	YD —
6				
7				
8				
9				
10				

BIODATA PENULIS



Nama : Maria Violeta Odilia Bude
TTL : Golo Langkas, 18 Juli 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak Ke : 1 dari 2 bersaudara
Orang Tua
Ayah : Yoseph Mbusa
Ibu : Josefina Gabe
Nomor Hp : 081338880714
Email : budeodilia@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2009 Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar di SDI Tondong Belang
2. Tahun 2009-2012 Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Menengah Pertama di SMPK St. Arnoldus Yansen Labuan Bajo.
3. Tahun 2012-2015 Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMAK St. Ignatius Loyola Labuan Bajo